Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1175

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

DE LA

STRANGULATION PAR UN LIEN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mercredi 29 Janvier 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

SALIM-FAHRI

né à Constantinople, le 8 mai 1871

élève à l'École du Service de Santé militaire

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

90.982

LYON
IMPRIMERIE DE A.-H. STORCK
78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . DOYEN.
LÉPINE. . . . . ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

Professeurs

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales	OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des Femmes . . . . . M. LAROYENNE.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements	POLLOSSON (Aug.), —
Botanique	BEAUVISAGE, —

Agrégés

MM. BEAUVISAGE	MM. POLLOSSON (A.)	MM. BOYER	MM. BARRAL
CONDAMIN	ROCHET	CURTILLET	MOREAU
COURMONT	ROLLET	VALLAS	CAUSSE, chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC	ROQUE	SIRAUD	
DIDELOT	ROUX	DURAND	
GANGOLPHE	COLLET	DOYON	

M. ETIEVANT, *Secrétaire*,

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LACASSAGNE, *Président*; M. CROLAS, *Assesseur*; MM. BOYER et DEVIC, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A SA MAJESTÉ IMPÉRIALE

LE SULTAN ABD-HEL-HAMID II

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A M. le Professeur CROLAS

A M. le Professeur TESTUT

AVANT-PROPOS

Nous n'avons pas à faire ressortir ici l'importance que la médecine légale a prise depuis quelques années, soit dans le programme des études médicales, soit en pratique, dans les rapports qu'elle a avec l'exercice de la justice et dans les services qu'elle rend aux magistrats. Il ne nous appartient pas de dire la grande part qui revient, dans le mouvement vers le progrès de cette science spéciale, à notre maître éminent, M. le professeur Lacassagne.

Nous avons voulu consacrer notre thèse inaugurale à un sujet médico-légal parce que dans notre patrie, cette science n'est pas suffisamment en honneur, parce qu'elle n'a pas, en Turquie comme en France, la place qui lui est due. Nous avons choisi cette branche de la science médicale, parce que le choix nous permettait de connaître de plus près et d'apprécier à sa valeur, le professeur savant et distingué, le maître incomparable dont nous avons suivi les magistrales leçons, dans le laboratoire duquel nous avons eu l'honneur de travailler.

Ce travail, nous sommes heureux de le lui offrir en hommage respectueux, en témoignage de reconnaissance.

Il est d'usage, à la fin de ses études, de revivre par la pensée ses années de jeune homme et de témoigner publiquement les sentiments que l'on a pour tous ceux qui nous ont instruit et encouragé, aidé de leurs conseils, aimé et soutenu dans le malheur.

Nous nous reportons, le cœur ému et profondément reconnaissant, à notre arrivée, il y a quatre ans, dans ce pays de France qui est devenu pour nous une seconde patrie. Nous sommes touché vivement de l'honneur que nous ont fait, en nous accueillant avec une extrême bienveillance, l'université de Lyon et l'Ecole du Service de Santé militaire. Nous admirons les maîtres autorisés qui ont mis à notre disposition les trésors de la science, les riches ressources de leurs laboratoires. Nous aimons les camarades et amis, militaires et civils, qui nous ont fait oublier ce qu'il y a de nécessairement pénible à quitter, jeune et seul, sa patrie et ses parents.

Nous obtenons, pour finir, la faveur extrême de compléter nos études à Paris, à l'Ecole d'application du Service de Santé.

Cette expression de notre reconnaissance n'est qu'un faible gage des sentiments que nous gardons pour ceux qui ont été pour nous des maîtres et des amis.

MM. les professeurs Testut et Crolas se sont acquis des droits tout particuliers à notre affectueuse gratitude.

M. le médecin inspecteur Kelsch, directeur de l'Ecole du Service de Santé militaire et M. le médecin principal de 2e classe Pierrot, sous-directeur, n'ont cessé de nous témoigner un intérêt et une confiance qui ont été pour nous un encouragement précieux.

Aux uns et aux autres, nous dédions cette thèse en souvenir de reconnaissance, en hommage de profond respect.

Mais nous gardons un souvenir spécial à M. le médecin major de 1re classe Hassler, répétiteur de l'Ecole. Nous sommes infiniment reconnaissant au savant et du soin qu'il a pris de notre éducation clinique chirurgicale, et de ses savantes leçons; nous nous rappellerons toujours l'homme de cœur qui, seul et toujours, nous a, malgré les apparences, conservé une amitié dont nous sommes fier. Nous n'avons pas seulement à son égard les sentiments d'un élève reconnaissant pour un maitre vénéré, nous avons pour lui des sentiments de respectueuse affection qui ne s'éteindront pas.

Nous n'oublions pas nos camarades de l'Ecole, spécialement la promotion de 1891-92, qui nous ont témoigné, plusieurs années durant, une sympathie et une amitié qui ont été pour nous une consolation; nous leur adressons ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Enfin, que nos maitres de la Faculté impériale de Constantinople, veuillent bien accepter l'hommage de cette thèse, comme venant d'un ancien élève reconnaissant.

INTRODUCTION

Notre travail se compose de quatre chapitres ainsi conçus :

I. — Le premier chapitre est divisé en deux paragraphes : *historique* et *définition*, avec quelques considérations générales.

Nous avons cru utile de partager en deux la partie historique pour en faciliter l'étude, dont la première partie est de 1,400 ans avant Jésus-Christ, jusqu'à l'époque du célèbre médecin-légiste Tardieu, et la deuxième partie, depuis cette époque jusqu'à nous.

II. — Dans ce chapitre, nous montrerons le mécanisme de la mort par strangulation, opérée à l'aide d'un lien, et nous donnerons quelques détails sur d'autres violences et crimes accompagnant la strangulation.

III. — Ce chapitre contient les lésions externes et internes de cet évènement.

IV. — Dans ce chapitre, après avoir montré les

genres et les caractères de strangulation, nous traiterons quelques questions médico-légales.

Enfin, nous intercalerons, dans ce même chapitre, les observations qui sont séparées en cinq groupes :

A. — Observations appartenant à l'homicide par strangulation.

B. — Observations appartenant au suicide par strangulation.

C. — Observations appartenant à la strangulation accidentelle.

D. — Observations appartenant à la strangulation simulée.

E. — Observations appartenant à l'infanticide par strangulation.

Conclusions.

Table des matières.

CHAPITRE PREMIER

A. — Historique

Avant d'aborder l'étude de cette question si importante, nous croyons utile de nous conformer à l'usage et d'en faire sommairement l'historique.

L'histoire de la strangulation remonte à la plus haute antiquité. Chez les Juifs (1,400 ans avant Jésus-Christ) Josué, chef des Hébreux, avait fait étrangler les six rois qui étaient ses prisonniers. Le coupable était enfoui dans du fumier, les bourreaux lui passaient autour du cou un lien et serraient en tirant de chaque côté.

A Sparte (235 ans avant Jésus-Christ) le roi Agis IV fut condamné à être étranglé.

A Rome, la strangulation était en usage ; elle était réservée surtout aux grands criminels. Lentulus et les autres complices de Catilina subirent cette peine capitale (63 ans avant Jésus-Christ).

Dans certains pays, ce supplice était réservé à la

noblesse comme une faveur spéciale. Nous le voyons accorder plusieurs fois en Chine, au Mexique et en Italie. En 1346, Jeanne de Naples, ayant commis un crime en étranglant son mari, André d'Anjou, fut étranglée de la même façon.

Autrefois, dans les pays européens, la strangulation était très exceptionnellement en usage comme peine judiciaire.

En France, au commencement du XIVe siècle, Marguerite de Bourgogne, par sa mère petite-fille de saint Louis et femme de Louis-le-Hutin, fut étranglée dans sa prison à l'aide de ses cheveux.

En 1559, le conseiller Anne Dubourg obtint la faveur d'être étranglé avant d'être brûlé.

De même, en Angleterre, les partisans du prétendant Charles-Edouard subirent cette peine en 1646, avant d'avoir le cœur arraché.

Dans un autodafé, rapporté par l'histoire de l'Inquisition, sous Charles II, les obstinés furent brûlés vifs, et les repentants furent étranglés, avant d'être jetés au feu. On demande aux condamnés les moins coupables, dans quelle religion ils veulent mourir. Ils sont étranglés, par grâce, s'ils meurent chrétiens, et brûlés vifs s'ils persistent dans leurs erreurs (*Histoire de l'Inquisition*, t. I, p. 213. T. II, p. 244).

Mais, dans ces pays civilisés, cette sorte de condamnation n'existe plus, et on voit plutôt ce genre de mort pour les attentats à la personne et dans les suicides. Tandis que, dans certains autres pays, en Espagne et en Portugal, elle est restée comme un supplice officiel depuis des siècles. L'emploi du

garrot est en vigueur aujourd'hui dans ces pays. Le garrot est une sorte de collier brisé dont une vis, mue par l'exécuteur, ferme les deux moitiés et serre le cou du coupable avec une force extrême.

Au point de vue médico-légal l'histoire de la strangulation remonte à une époque récente. Cependant Hippocrate en avait parlé sans en donner une définition, et il avait indiqué quelques signes, peu importants d'ailleurs, pour faire un pronostic (Sect. 2, Aph. 44).

Fortunatus Fidelis en parle sommairement.

En 1704 dans les mémoires de l'Académie des Sciences, Littré en rapporte des cas isolés. Louis, dans deux consultations, recherche les signes qui indiquent que la strangulation a précédé la suspension. En 1726 Zacchias discute un cas présumé de strangulation homicide et retrace les caractères de ce genre de mort; mais il employait ce mot indistinctement dans le même sens que celui de suffocation.

Jusqu'à l'apparition de l'intéressant livre du célèbre médecin légiste, M. Tardieu, les auteurs en parlaient, mais la confondaient toujours avec la pendaison.

Nous suivrons la voie déjà tracée par cet auteur, et nous tacherons de montrer la différence qui existe entre la strangulation et la pendaison.

En 1836, Orfila la définissait ainsi :

« Les mots strangulation et pendaison, disait-il, ne doivent pas être confondus; en effet la strangulation consiste en une compression exercée sur une étendue plus ou moins considérable, que le corps soit couché,

assis, à genoux, debout, les pieds posant sur le sol, ou sur un autre corps solide, ou bien suspendu au moyen d'un lien, ayant quitté le sol ; d'où il suit que la strangulation ne suppose nécessairement pas la suspension; celle-ci, au contraire, est toujours accompagnée de la strangulation. On l'a divisée en complète et en incomplète ; dans la première le corps est suspendu en l'air ; la seconde qui, pour nous n'est qu'une variété de la strangulation, comprend le cas où une partie quelconque du corps est en contact avec le sol ...» et il termine ainsi :

«Nous croyons devoir traiter de ces deux genres de mort dans un même article, parce que, à peu de choses près, il y a identité entre les causes qui les déterminent et les phénomènes qui les accompagnent» (Orfila.— *Traité de médecine légale*, 1836 T. II. p. 399).

Il ne donne donc pas, à proprement parler, une définition, il les distingue seulement par le sens propre des mots. Ce n'est que jouer sur les mots.

Bien qu'en apparence on remarque une identité entre les causes, elle n'existe, en réalité, ni entre les causes, ni entre les phénomènes, et la pendaison, soit complète soit incomplète, n'est pas une variété de la strangulation.

Devergie, dans son traité de médecine légale, réunit également ces deux phénomènes : pendaison et strangulation, dans un même chapitre. D'après lui ces deux opérations ne diffèrent que par le mode d'exécution, et il prétend démontrer une analogie entre ces deux genres de mort (Devergie. — *Traité de médecine légale*, 1840. T. II. Ch. VIII, p. 440).

Nous ne pouvons pas accepter cette manière de voir, ni cette confusion ; la strangulation se distingue de la pendaison, en effet, par son mécanisme, son mode d'exécution, et ses symptômes.

Un certain nombre d'auteurs illustres, entre autres Mahon, Fœdéré, Vigné, Bayard, Remer, Fleichmann, Desgranges, comettaient une erreur analogue à Devergie en la confondant avec la suspension.

Tardieu, dans son traité paru en 1870, et dans ses travaux antérieurs, a rendu à la science le service de séparer nettement les trois genres de mort, pendaison, strangulation et suffocation, aussi bien dans la doctrine que dans le langage médical. Il a fait ressortir l'importance pratique de cette distinction, en s'attachant à reconnaître les caractères qui appartiennent à chacune de ces formes de l'asphyxie (Tardieu. — *Etude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation*, 1870).

Il a donné une définition exacte acceptée depuis par des auteurs éminents : Casper, Lismann en Allemagne, Taylor en Angteterre, Hoffmann à Vienne, Tamassia en Italie, et Legrand Du Saulle, Chaudié en France, qui ont retracé l'histoire de la strangulation dans leurs ouvrages.

Depuis lors, dans les dictionnaires de médecine et dans les traités médico-légaux elle a sa place distincte et cette distinction de Tardieu, est aujourd'hui classique.

Notre éminent maître, M. le professeur Lacassagne,

dans ses cours magistraux, a adopté les idées de ce médecin légiste.

M. Tourdes, dans le Dictionnaire encyclopédique, donne des renseignements qui nous ont servi dans cette étude (*Dic. encycl. des Sci. Méd.*, art, *Strangulation*).

B. — Définition et quelques considérations générales.

La strangulation est un acte de violence qui consiste en une constriction exercée directement soit autour, soit au devant du cou, et ayant pour effet en s'opposant au passage de l'air, d'arrêter brusquement la respiration et la vie.

Telle est la définition acceptée aujourd'hui par tous les auteurs.

Mais dans cette définition entre également la strangulation manuelle qui diffère plus ou moins de la strangulation opérée à l'aide d'un lien, par son mécanisme et par ses signes extérieurs et même quelquefois internes. En effet, la strangulation manuelle est presque toujours le résultat d'un choc laryngé qui amène la mort à la suite d'une syncope ; dans la strangulation par un lien, le mécanisme n'est pas tout à fait le même ; nous en parlerons dans le chapitre suivant.

Dans la strangulation manuelle, on remarque des empreintes sur le cou, produites par les compressions digitales, signes caractéristiques de ce genre

de strangulation et, pour ainsi dire, pathognomoniques. Elle est presque toujours un homicide, tandis que la strangulation à l'aide d'un lien peut être homicide ou suicide.

Un de nos camarades d'école, M. le Dr Montagné, a fait tout récemment de la strangulation le sujet de sa thèse inaugurale, nous ne voulons donc pas insister ici ; on peut se reporter à ses conclusions (Montagné — *De la Strangulation manuelle*. Thèse de Lyon 1895.

La strangulation par un lien, peut être complète ou incomplète, autrement dit ratée ; les signes et les caractères particuliers sont assez différents dans les deux cas. Elle est complète, lorsqu'un lien attaché autour du cou l'a déterminée par compression plus ou moins forte, et que l'air ne peut plus pénétrer dans les voies aériennes, ni dans les poumons ; la victime cesse de vivre au bout de quelque temps, par asphyxie ou par autre mécanisme.

Elle est incomplète lorsque le lien strangulatoire est desserré avant de produire son effet sinistre : c'est simplement une tentative de meurtre.

Dans le cas de suicide par strangulation à l'aide d'un lien, la constriction est presque toujours complète, cependant, le malheureux qui, dans une intention de suicide, se passe un lien autour du cou, a une chance de salut ; il serre, la compression amène la perte de connaissance, il tombe à terre et reste inanimé, mais l'action de constriction cesse alors, et si, en ce moment, par un heureux hasard, on le rencontre et qu'on s'empresse de desserrer le lien, on

peut le sauver. Mais en général, les suicidés, pour accomplir leur œuvre à l'abri de toute indiscrétion, cherchent les endroits isolés où l'on ne peut les voir, il en résulte qu'étant sur le sol, le cou serré et sans connaissance, la mort est pour eux fatale à bref délai,

Dans la strangulation manuelle, le suicide est impossible selon toute vraisemblance, celui qui voudrait attenter à ses jours de cette façon perdrait vite connaissance et, tombant à terre, serait dans l'impossibilite matérielle de continuer la constriction, la cause supprimée, l'effet le serait le même et l'individu reviendrait à la vie après un temps plus ou moins long.

La strangulation à l'aide d'un lien n'est pas employée comme supplice judiciaire, mais elle a pris aujourd'hui une place importante dans la criminologie, infanticide et attentats à la personne.

L'infanticide par strangulation à l'aide d'un lien est assez rare, pourtant on en a observé des cas. Les liens choisis pour cette tentative appartiennent le plus souvent à des vêtements de femme ; ce sont des cordons de jupons, de tabliers, de bonnets ; c'est un ruban, du fil, un fichu, une ceinture, un morceau d'étoffe, de coton ou de laine, plié de manière à faire un lien.

Elle est accompagnée d'autres violences extérieures. Dans ce cas il est utile de faire le diagnostic exact et d'établir la cause de la mort de l'enfant. Comme autres violences extérieures, exercées dans d'autres parties du corps, on remarque des em-

preintes de doigts, fracture du crâne, asphyxie par opposition par la main à l'entrée de l'air par la bouche et par les narines, exécutées par la mère

L'enroulement accidentel du cordon est observé plusieurs fois; dans ce cas l'enfant a succombé à l'arrêt de la circulation.

Pour terminer ce chapitre, il nous reste à parler de la façon de pratiquer la strangulation et à donner quelques notions sur la nature du lien strangulatoire.

Tout objet plus ou moins long, flexible, et d'une résistance suffisante peut servir de moyen de strangulation. Les liens que l'on rencontre dans l'histoire de l'homicide et du suicide sont des plus variés: cordons, rubans, jarretières, bretelles, lien de paille, courroies, chaînes de fer, colliers, cravates, mouchoirs, fragments de vêtements, manche d'habits pantalons, caleçons, cheveux de femme, etc., la liste serait interminable.

Il faut aussi examiner le mode d'enroulement, le degré de constriction et la manière dont le nœud a été fait, pour distinguer l'homicide du suicide et pour déterminer les circonstances de l'événement; le sillon strangulatoire, dont nous parlerons plus loin, présente des aspects et des formes différents, suivant la nature du nœud et le mode d'impression.

Un corps mou, tourné en corde et serré avec violence, peut laisser une empreinte étroite et profonde. Un corps dur et rude, tel qu'une corde de chanvre

détermine par place de petites excoriations, et l'empreinte se parchemine facilement.

Quelques-uns de ces liens ne laissent que de faibles traces et la peau peut ne présenter aucun changement de texture ni de consistance, aucun amincissement, il y a simplement comme une condensation particulière de son tissu.

La strangulation, dans l'histoire de l'homicide, indique la volonté formelle de donner la mort, elle est préméditée; elle peut aussi se produire dans le cours d'une rixe.

Elle peut être préliminaire d'un autre crime, d'un vol, d'un attentat à la pudeur.

C'est un crime que l'on peut accomplir facilement par surprise sur des individus incapables de résistance. En France, le coup du père François, en Angleterre, le système de Thygs, en sont des exemples. Les agresseurs surprennent la personne qu'ils veulent étrangler, en lui passant, par derrière, une corde autour du cou, la voix de la victime est étouffée. Ici, comme dans d'autres cas, la mort est quelquefois involontaire, l'assassin ne voulait qu'étouffer les cris de la victime et la rendre incapable de se défendre, mais il y a toujours mort possible; le résultat dépend de la durée de la compression, de son intensité, de l'âge, du sexe, de la constitution du sujet et, si la mort survient, il s'agit pour les juges d'établir la question de préméditation.

Dans les cas où la victime survit, le retour à la connaissance n'est pas toujours immédiat.

Lorsqu'il n'y a pas surprise, il est évident qu'une

lutte s'engage entre l'assassin et la victime et, par suite, on observe, dans ces cas, des blessures, des contusions produites par la violence extérieure.

Par conséquent, dans un rapport médico-légal, il est toujours nécessaire d'examiner les autres parties du corps de la victime.

CHAPITRE II

Mécanisme de la mort par strangulation opérée à l'aide d'un lien. — Strangulation accompagnée d'autres lésions et de crime.

Quoique la définition donnée nous montre que c'est l'asphyxie qui domine, en général, dans la cause de la mort par ce genre de violence, le cou étant le siège de plusieurs organes importants, leur compression et leurs désordres jouent également un rôle dans le mécanisme de la mort par strangulation.

Par suite de l'influence d'une violence exercée autour du cou, la mort peut être le résultat d'un arrêt de la respiration, d'une gêne de la circulation dans les gros vaisseaux, d'une compression des nerfs et enfin quelquefois d'une lésion du rachis cervical.

Donc, dans le mécanisme de cet événement, nous sommes obligé d'admettre une classification qui

facilitera cette étude, c'est-à-dire trois causes générales qui sont capables d'amener la mort aussi bien les unes que les autres.

Asphyxie. — En général, c'est par l'asphyxie que la mort arrive, elle est la plus habituelle et la plus sûre. Dans les expériences faites sur les animaux, on a pu ranimer un chien, étranglé avec une corde serrée autour du cou, quatre minutes après, par la trachéotomie. Ici, l'animal revient moins rapidement à la vie et moins complètement que dans la suspension.

La rapidité de l'effet varie suivant le lien, le nœud et le degré de pression qui mettent à l'entrée de l'air un obstacle plus ou moins absolu.

La résistance aux effets d'une strangulation complète diffère suivant les animaux et les conditions individuelles ; la limite de quatre minutes semble être le maximum que l'homme puisse supporter ; cette durée est moindre, si l'étranglement à lieu en expiration.

Les effets de la pression varient suivant le siège et l'intensité. D'après Fleichmann, la corde étant placée entre l'os hyoïde et le menton, autour du cou, on peut la serrer fortement sans que la respiration soit gênée mais le visage devient rouge, avec commencement d'étourdissement et sifflement dans les oreilles au bout de deux minutes ; lorsque la corde est sur le larynx, la respiration éprouve un peu d'embarras, bruissement dans les oreilles, durée demi-minute. Dans la pression exercée directement

sur la trachée artère l'affaiblissement de la respiration est instantané.

Nous voyons, dans les expériences faites par des auteurs, que, pour produire l'asphyxie, on n'a pas besoin d'obstruer complètement le passage de l'air, car elle se produit avant que le calibre normal de la trachée ou du larynx soit diminué des deux tiers ; à ce moment, l'animal est sans connaissance et la mort arrive promptement. C'est M. Faure qui a démontré ce résultat au moyen d'un tube de caoutchouc employé sur le chien ; il le fixait sur la trachée artère pour diminuer successivement le calibre et amener ainsi une privation d'air graduelle.

Dans une autopsie pratiquée après la mort occasionnée par l'asphyxie, on a trouvé que le goitre avait déformé et aplati la trachée, sans effacer complètement la lumière du canal.

Ici, d'autres éléments entrent en cause et la mort n'est pas seulement le résultat de la privation d'air et le manque d'oxygénation du sang, mais l'ensemble des éléments : asphyxie, anémie, congestion cérébrale et autres, entre en jeu et facilite la mort.

Les lésions des organes du cou, telles que fracture de l'os hyoïde et du larynx amène également la mort par asphyxie, après une tentative de strangulation ; l'aphonie, la gêne de la déglutition, et la dyspnée rapide, qui sont le résultat de ces lésions, font succomber l'individu, quelque temps après, dans le marasme.

Anémie. — L'anémie, qui est due à la compression des artères carotid·s, n'est pas à elle seule une cause absolue de mort. Elle joue un rôle secondaire dans ce genre de mort en amenant la perte de connaissance.

C'est surtout dans la strangulation par un lien que se produit cette anémie ; dans la strangulation manuelle, la pression des doigts s'exerçant directement sur la trachée et sur le larynx, les carotides peuvent échapper à la compression.

Ou bien, rarement c'est la carotide d'un seul côté qui est comprimée, et plus rarement encore des deux côtés. Et si, dans la strangulation manuelle, les carotides sont comprimées, l'effet se produit brusquement ; mais, dans la strangulation par un lien, l'action de celui-ci est certaine et, d'après le mode de compression, elle est lente et progressive.

Hoffmann, à Vienne, en enlevant le cerveau d'un cadavre, ouvre la carotide et, à l'aide d'une canule, y injecte un liquide coloré ; ce liquide passe dans le crâne, mais il cesse d'y pénétrer quand le cou est serré avec une corde.

Les accidents nerveux résultant de ce phénomène sont variables : somnolence, embarras de la respiration, dilatation de la pupille, vertige, syncope et le coma même, en sont la conséquence. On a noté également les convulsions et les contractures. Mais ces accidents ne sont pas seulement le résultat de l'anémie cérébrale, car la compression pouvant agir en même temps sur les artères et les veines, on peut attribuer ces accidents à la fois à la congestion et à

l'anémie. C'est la congestion qui domine, en ce cas, si les artères sont moins comprimées que les veines, et vice versa.

Congestion. — Une pression plus ou moins faible est suffisante pour arrêter le sang dans les veines jugulaires, tandis que cette pression ne suffit pas à oblitérer les carotides. Le sang porté par les carotides et les vertébrales trouvant alors un obstacle dans le reflux, s'accumule dans le cerveau et amène la congestion ou l'épanchement sanguin qui est susceptible de produire la paralysie du cerveau.

Plus le lien est lâche, plus la congestion est considérable, cela se comprend facilement, car avec une pression plus ou moins forte, l'oblitération des artères se produirait en même temps.

Ici, il ne faut pas attacher une grande importance à la congestion cérébrale dans le mécanisme de la mort, parce que les phénomènes qui en résultent peuvent se confondre avec ceux de l'asphyxie.

Ce que nous pouvons dire, c'est que, dans une tentative de strangulation, la congestion cérébrale rend plus difficile le retour à la connaissance et, dans ce cas, la mort arrive par asphyxie ; ici le rôle de la congestion cérébrale est secondaire.

Nous pouvons citer encore d'autres causes qui jouent, plus ou moins, un rôle dans le mécanisme de ce genre de mort. On a essayé de montrer, par des expériences que la compression de la moelle et du bulbe n'était pas sans influence.

C'est dans la suspension qu'on peut voir cette

compression qui est due à la fracture des vertèbres cervicales. Pour produire cette fracture il faut avoir recours à une force extrême, c'est ce qui existe dans la pendaison; le poids du corps suffirait au moins à produire une luxation des vertèbres. Mais dans la strangulation ces lésions sont difficiles à se produire.

En somme l'influence de ces lésions dans le mécanisme est à démontrer dans ce genre de tentative. Nous n'insisterons pas beaucoup.

La rupture du cœur, dont le mécanisme est difficile à admettre, serait observée dans l'asphyxie des strangulés, surtout si la paroi de cet organe est atteinte d'une altération pathologique.

La compression des nerfs pneumo-gastriques détermine chez la victime la syncope, et la suffocation est due à la compression des nerfs laryngés supérieurs et inférieurs.

Dans ce genre de mort l'asphyxie étant le fait principal et caractéristique, les autres ne sont que secondaires; ils modifient néanmoins les symptômes et les signes anatomiques.

Nous allons parler un peu maintenant d'autres lésions et violences qui accompagnent la strangulation et qui peuvent tromper le médecin expert en cachant la cause réelle de la mort.

La strangulation, avons-nous dit, peut être compliquée d'autres genres de mort, elle précède, elle accompagne diverses violences; elle termine une scène de meurtre commencée d'autre façon.

On a des traces de lutte, les plaies de la tête. L'as-

sassin abat la victime en lui donnant un violent coup à la tête; le crâne est fracturé, pour empêcher tout retour possible à la vie, le meurtrier, lui passe autour du cou un lien fortement serré; à l'autopsie on trouve réunis les signes des deux genres de mort.

Hoffmann cite un cas dans lequel, un morceau de bois avait été enfoncé dans la bouche en brisant les dents pendant que l'on étranglait la victime.

La section du larynx opérée par un couteau se rencontre rarement.

Les plaies par armes à feu coïncident quelquefois avec la strangulation. Dans un cas publié par M. Tourdes (Obs. XI) le meurtrier n'ayant pu, avec son revolver tuer sa victime, l'acheva en se précipitant sur elle et l'étrangla avec son foulard.

Les assassins, après avoir commis leur crime, cherchent à faire disparaître, par des brûlures locales, les traces de strangulation; mais, par un examen minutieux, il est encore possible de retrouver quelques indices du genre de mort.

Quelquefois la strangulation est suivie de la pendaison; le meurtrier voudrait induire en erreur et faire croire à un suicide. Dans ce cas, le cou peut présenter deux sortes de sillons, l'un, produit après la mort par la suspension, est tout à fait caractéristique; d'ailleurs les signes propres de la strangulation et de la pendaison ne laissent aucun doute, le diagnostic différentiel est facile à faire.

Dans certains cas, la victime est précipitée d'un lieu élevé, ou jetée dans l'eau ou dans un puits après avoir été étranglée.

Enfin, il n'est pas de violence, ni de crime qui ne puissent accompagner la strangulation. Suivant les cas ils sont destinés à achever la victime quand elle ne veut pas mourir, ou bien ils sont faits pour détourner les soupçons du médecin et de la justice pour faire croire à un suicide ou à un accident.

Dans un acte de pédérastie ou de viol, la strangulation est un moyen de faciliter l'accomplissement du crime. Elle précède ces actes; quelquefois le coupable veut seulement étouffer les cris de la victime afin de pouvoir en toute sécurité accomplir son acte odieux, mais il arrive que, sans l'intention de donner la mort, le pédéraste devient assassin, la malheureuse victime mourant par l'asphyxie.

Nous publions une observation que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Lacassagne: Un gamin âgé de quatorze ans et demi, ouvrier dans une usine, invite un jour de paie un de ses camarades à le suivre dans des terrains vagues sous prétexte de pédérastie; arrivés là il l'étrangle par derrière avec sa cravate et le vole

OBSERVATION I

(Inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur Lacassagne.

STRANGULATION CRIMINELLE. — SODOMIE.

Sur la réquisition de M. B..., juge d'instruction, en date du 22 octobre 1894, me suis transporté le lendemain à la Faculté de Médecine pour, après visite, dresser rapport sur l'état du cada

vre du nommé M... M..., dit S..., âgé de 13 ans 1/2, demeurant rue des Asperges, à l'effet de déterminer les causes de la mort, dire de quelle manière et à quelle heure elle semble avoir eu lieu, et faire toutes autres constatations pour la manifestation de la vérité. De plus, le réquisitoire ajoute que le cadavre a été trouvé le dimanche matin 21 octobre, rue de la Méditerranée, près du talus du chemin de fer. Nous avons, avec M. le juge d'instruction, visité ce terrain voisin de l'avenue des Ponts.

1° Nous apprenons en même temps, par M. le juge d'instruction, que le nommé N..., dans sa quinzième année, comme M... employé à la verrerie M..., a reconnu qu'il avait, le 20 octobre, vers 8 heures du soir, amené son camarade M... dans ce terrain vague, sous prétexte de masturbation. M .. se serait assis et N .. se serait placé derrière lui. Il lui aurait appliqué autour du cou, tenant les deux bouts à la main, une sorte de lien en tissu jaunâtre qu'il aurait fortement tiré en arrière, puis noué; ensuite il aurait dénoué le mouchoir que M... avait autour du cou et l'aurait serré plus fort de nouveau.

2° Le corps est celui d'un enfant de la taille d'environ 1 m. 35 cent. Il est habillé d'un paletot. Dans la poche est une fiche de paiement. Pas de chemise, il y a un tricot et, autour du ventre, une ceinture rouge en mauvais état. Le pantalon en velours est usé et ouvert. Aux pieds se trouvent des galoches sans bas.

Il n'y a pas de traces de boue ni à la partie postérieure de la tête, ni dans le dos.

3° Les cheveux sont assez courts, d'une couleur blond-roux. Sur le front, on constate quelques sigillations, rougeâtres. La face repose sur le côté gauche et l'oreille de ce côté est bleuâtre. Du sang spumeux s'écoule par la narine gauche. Sur la paupière droite on constate des sigillations, et le piqueté scarlatin des étranglés. On y trouve, en outre, une petite tache parcheminée, d'une longueur de 16 millimètres qui n'a pas de caractères bien marqués. Le piqueté est aussi marqué sur la paupière gauche. Les pupilles sont dilatées et irrégulières formant un ovale transversal d'un diamètre de 6 millimètres à droite et 4 millimètres à gauche. A l'incision des paupières, on a un semis de petites taches, le pointillé caractéristique de la strangulation. La bouche est entr'ouverte et il y a issue de la langue de 2 centimètres

Sur les lèvres, piqueté scarlatin moins accentué que sur les paupières. Pas de traces de violences sur la tête.

4° Autour du cou, il y a deux liens. Le lien inférieur est une sorte de petite cravate liée par un double nœud qui a été très serré Ce qui montre bien que cette cravate était celle de la victime, c'est que le lien supérieur la recouvre. On a beaucoup de peine à détacher ce lien,

Il est impossible à dénouer le lien supérieur et on le coupe en arrière. Il a une circonférence d'environ 28 centimètres. Ce lien était très constricteur.

Au-dessous de l'oreille droite, il y a un sillon et un bourrelet de coloration jaunâtre ; en avant on voit des tractus rougeâtres. A gauche la coloration est plutôt pâle.

5° Sur la clavicule droite, au-dessous de l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien, il y a une tache parcheminée due probablement à un coup d'ongle. Au bras gauche, on constate une rougeur diffuse et, à la face dorsale de l'avant-bras gauche, quelques éraillures de la peau avec caractère parcheminé d'une interprétation peu nette,

Les organes génitaux sont plutôt petits; fort suintement à la verge ; pas de poils, simple duvet. Pas de traces de violences. Rien aux membres inférieurs.

Dans le dos, à la partie moyenne, il y a un piqueté très marqué de coloration brunâtre. Pas d'ecchymoses.

6° L'anus est large et béant ; il mesure 2 centimètres de haut en bas et un transversalement. Les plis et les colonnes du rectum sont effacés. L'examen fait profondément de l'ouverture anale et qui fait découvrir une petite déchirure à la colonne inférieure, confirme l'opinion d'habitudes de sodomie que l'infundibulum et l'effacement des plis et des colonnes faisaient déjà prévoir. Nous n'avons pas trouvé dans les matières du rectum de liquide suspect.

7° A la dissection du cou, on trouve de la congestion des jugulaires et, à droite, sur la carotide primitive, à 36 millimètres de la bifurcation, on relève la présence d'une petite déchirure de la tunique interne transversale, perpendiculaire à l'axe du vaisseau, de un millimètre, à bords rouges et nets. Déchirure très caractéristique, dans l'espèce: c'est la lésion d'Amussat.

A gauche la même recherche est vainement faite.

L'arrière-gorge et l'épiglotte sont très congestionnées. Au larynx il y a un léger piqueté au-dessous des cordes vocales.

Pas de fracture ni de distorsion du cartilage thyroïde, ni de l'os hyoïde.

8° A l'ouverture du thorax on trouve :

Des poumons très congestionnés. Ils présentent à la coupe, et sous l'influence de l'air, une coloration carminée. Ces poumons sont très aérés à la partie qui repose sur le diaphragme. On a une sensation de réplétion pulmonaire et on trouve un emphysème périlobulaire très net qui est plus marqué sur le poumon gauche. Taches de Tardieu, particulièrement rose clair. Pas d'adhérences pleurales.

Sur le cœur (ventricule droit) il y a un semis de taches très fines, Pas de caillots.

9° L'estomac est congestionné, à colonnes, en pleine digestion. Il renferme une pâte chymeuse (3 cuillerées) qui se compose d'enveloppes de tomates de date ancienne, d'enveloppes de raisins et des pépins, de débris de pomme et de pain.

10° La tête n'est pas ouverte.

Conclusions. — 1° Le jeune M... M... a succombé aux suites d'une strangulation pratiquée à l'aide de deux liens fortement serrés autour du cou.

2° On peut admettre le récit fait par N.., des conditions dans lesquelles il a appliqué les liens.

3° La mort est survenue deux ou trois heures après la nutrition de l'après-midi.

4° Le jeune M... avait des habitudes sodomiques.

CHAPITRE III

DES LÉSIONS EXTERNES ET INTERNES

A. — Lésions externes

Dans ce chapitre nous étudierons successivement l'état des parties du corps après une tentative de strangulation terminée par la mort, ou non, en commençant par la tête et par la face jusqu'aux membres inférieurs et, en pratiquant l'autopsie, nous exposerons l'état des viscères contenus dans les cavités thoracique et abdominale.

Chez les personnes étranglées la face est tuméfiée, rougeâtre ou violacée; on y voit l'expression de la mort violente. Mais cette coloration de la face peut changer suivant le mécanisme et la rapidité de la mort.

La physionomie de la victime est moins altérée si elle est affaiblie ou surprise, conditions dans lesquelles elle a offert une moindre résistance.

Le mode de compression joue un rôle très important, dans ce cas: le lien, bien serré empêche la circulation dans les carotides et amène la pâleur de la face, qui est à peu près exceptionnelle, tandis que une pression d'une intensité médiocre laisse libre la circulation du sang dans les carotides, mais, en opposant un obstacle au reflux dans les veines jugulaires, elle produit une congestion de la face. Toutefois on peut remarquer que l'état syncopal empêche tous ces phénomènes de congestion. On remarque chez les étranglés de la sigillation du côté de la conjonctive, sur le bord de la lèvre et sur le frein de la langue. On voit également des ecchymoses très nombreuses et de très petite dimension sur la face, au-devant du cou et de la poitrine.

Les ecchymoses ponctuées sont plus rares dans la pendaison et sont moins intenses. Les lèvres sont cyanosées, une écume blanchâtre ou sanguinolente s'écoule de la bouche et des narines.

La langue est proéminante, gonflée, colorée en noir, projetée en avant; serrée entre les dents, ou appliquée contre les arcades dentaires, elle présente des morsures ou des empreintes de dents. Ce gonflement de la langue est moins marqué dans la pendaison. La bouche, surtout les dents, peuvent présenter des lésions produites par une violence extérieure; cela n'a qu'une importance secondaire.

Les yeux, ouverts ou demi-ouverts, sont injectés et saillants. La pupille est dilatée, la conjonctive est infiltrée de sang.

Le sang peut couler en grande abondance des

narines et de la bouche sans aucune blessure des régions. Taylor cite un cas dans lequel l'écoulement du sang a fait découvrir le crime; la victime, le cou serré par une corde, avait été placée dans un coffre; le sang s'écoula en abondance, tacha le fond du coffre et, au-dessous, le plancher, ce qui attira l'attention des gens.

Le sang peut s'écouler également par le conduit auditif externe. Cet écoulement du sang est rare et est dû à la déchirure de la membrane du tympan. On a pu constater aussi cette hémorrhagie même sans lésion de la membrane du tympan, alors elle se produit par le même mécanisme que celle des fosses nasales. On a remarqué quelquefois sur la membrane du tympan et sous la couche épidermique, des ecchymoses semblables à celles de la conjonctive. C'est M. Grellé qui a signalé ces taches ecchymotiques et la forte congestion de l'oreille interne.

Ce sont des signes complémentaires qu'il faut connaître; quelquefois ils peuvent manquer.

Le seul signe caractéristique, c'est l'état du cou. Puisque nous nous occupons des lésions extérieures nous parlerons des lésions superficielles de cette partie du corps. Après la physionomie de la victime, c'est le sillon strangulatoire qui a la plus grande importance. Ce sillon, le plus souvent transversal, presque horizontal, est en rapport avec la forme et l'épaisseur du lien qui l'a occasionné.

L'état du sillon donne quelques indications sur les circonstances, et rend le diagnostic facile. Mais il y

a des cas où le sillon n'est pas bien marqué et peut être effacé après quelque temps. Il n'est pas toujours complet, il est interrompu en quelques endroits ; il est ouvert en arrière, si la corde est jetée en avant du cou et tiré en arrière, comme dans le coup du père François et dans le système des Thygs ; il peut être ouvert en avant si le lien, pris à la nuque, est tiré, sans déterminer de compression, au niveau de la partie antérieure du cou.

La direction du sillon change suivant le sens dans lequel on a tiré. Le sillon remonte si la traction est faite en haut et il descend si l'on tire de haut en bas.

Un corps mou tourné en corde et serré avec violence peut laisser une empreinte étroite et profonde.

Un corps dur détermine de petites excoriations ; sur les bords du sillon on remarque des érosions qui sont dues au frottement de la corde sur les parties saillantes et qui sont appelées, par Blanchard, ecchymoses de raclement ; elles n'appartiennent qu'à la strangulation. Quelques liens, une serviette, par exemple, ne laissent que de faibles traces ; un lien mou et élastique, à surface large, détermine des lésions profondes sans lésions notables sur la peau du cou ; c'est le fait de la violence de la pression. On a discuté l'absence complète de toute lésion locale, mais c'est bien rare.

Le sillon strangulatoire est le résultat de l'excoriation de l'épiderme ; il est plus pâle, moins profond, moins marqué et moins régulier que le sillon produit par pendaison.

On a rencontré le sillon mou et blanc sans exco-

riations, sans parchemins, sans suffusion sanguine dans le derme ni au-dessous. Mais la blancheur de ce sillon anémique fait ressortir la teinte violacée du bord supérieur lorsque le lien est resté à demeure avec une constriction suffisante pour déterminer l'arrêt du sang veineux au-dessus de l'endroit comprimé. Le bord inférieur présente une congestion par irritation mécanique.

Chez les nouveau-nés la forme du sillon laissé par le cordon ombilical est bien caractérisque ; il a la longueur du cordon, 5 à 6 millimètres environ, il peut être double et triple. Il descend du cou vers l'ombilic en passant sur le thorax et il conserve dans son trajet, les mêmes dimensions ; sa largeur est égale partout, pas d'élargissement par place, à moins que le cordon n'ait eu des nœuds, pas d'excoriations ; l'empreinte du sillon est molle et non parcheminée.

Cet enroulement du cordon peut laisser quelquefois, mais rarement, des ecchymoses, qui n'ont pas les dimensions considérables qu'elles prennent dans la strangulation homicide, car la pression est d'une intensité médiocre, et les ecchymoses n'ont ni le temps de se former, ni de s'étendre.

Plus le cordon est long, plus l'enroulement est facile. La force de résistance du cordon, non variqueux, se rapporte en moyenne à un poids de 5 kilogrammes au plus, et variqueux à 3 kilogrammes environ ; par conséquent on pourrait se servir du cordon coupé, comme d'un lien ordinaire, pour étrangler un enfant. Dans ce cas-là on a des signes diffé-

rentiels pour montrer que la strangulation est le résultat d'un infanticide ; l'état des poumons de l'enfant fait constater qu'il a respiré.

Chez les noyés, on peut remarquer des sillons semblables aux sillons strangulatoires qu'un médecin non habitué pourrait attribuer, dans une autopsie, à la submersion qui aurait suivi la strangulation. Nous avons observé le fait nous-même plusieurs fois. Ce sillon n'a pas les caractères d'un sillon produit par un lien; il est mou, c'est à peine s'il présente une coloration rougeâtre. Il est marqué au devant du cou pour s'arrêter à chaque côté. D'ailleurs les signes symptomatiques de la submersion enlèvent tous les soupçons; la mort est bien le résultat de la submersion et non de la strangulation.

Chez les petits enfants il existe un sillon normal à la région du cou. Le cou de l'enfant est court et chargé de graisse ; on voit souvent, à la partie antérieure de cette région, une raie circulaire, des plis profonds d'autant plus prononcés que la tête est restée fléchie. Le refroidissement du cadavre fait durcir la graisse, en hiver surtout, et rend ce pseudo-sillon plus permanent.

Ce sont des sillons pâles, mous, anémiques, blanchâtres, surtout au fond du pli, mais qui prennent parfois une teinte assez rouge sur les parties saillantes. Ces traces deviennent plus apparentes lorsqu'elles prennent un aspect livide. Elles existent chez les apoplectiques dont le cou est court et replet; on voit, au niveau des plis nombreux que forme la peau de la région cervicale, se former,

après la mort un ou plusieurs sillons plus ou moins profonds, d'une teinte rouge-violacé, qui ont bien quelque ressemblance avec l'empreinte d'un lien constricteur, mais qui ne peuvent tromper qu'un œil inattentif, ou peu exercé.

On a beaucoup discuté sur cette question; dans un cas où il s'agissait de la mort d'une femme attribuée par les premiers experts à un meurtre par strangulation et, par deux autres médecins, à une apoplexie, Olivier (d'Angers) s'est élevé avec autant de force que de raison contre la seconde interprétation (Olivier, d'Angers). — (*Ann. d'hyg. et de médecine légale*, t. XXVI, p. 149).

Il suffit, dans ces cas, de pousser un peu plus loin les investigations et une simple incision permet de reconnaître que cette coloration cadavérique ne pénètre pas même toute l'épaisseur du derme et n'est jamais constituée par une infiltration de sang ou par une ecchymose.

Quelquefois le sillon strangulatoire peut être double à directions différentes. On rencontre cet état dans la strangulation suivie de la pendaison, c'est pour faire croire à un suicide. Il est utile de connaître les caractères de ces deux sillons appartenant chacun à un genre de mort. La forme, la direction et la consistance du sillon de la suspension sont tout à fait distinctes.

Le nœud a une grande importance dans un examen méthodique. Il laisse une empreinte plus étalée, moins profonde; cette empreinte présente la forme du nœud qui donne une idée assez exacte de

la profession de l'assassin ; car chaque métier a un nœud spécial. Le nœud sert également à montrer que la strangulation est homicide ou suicide suivant son siège et sa forme ; il est bien naturel qu'un individu ne pourra pas s'étrangler en pratiquant la ligature sur la nuque.

Comme autres lésions superficielles du cou, nous n'avons que des lésions accessoires : ce sont les empreintes des doigts, des blessures qui montrent que la strangulation est accompagnée d'autres violences, comme par exemple des empreintes d'ongle qui appartiennent à la strangulation manuelle et, par conséquent, c'est une tentative d'homicide.

Le crâne présente dans quelques cas, des fractures par suite d'un coup violent porté soit avant, soit après la tentative de d'étranglement.

Le thorax est toujours le siège de lésions multiples : il est applati et déformé par la pression du genou pour hâter la mort. Comme signes caractéristiques de la strangulation par un lien on a des ecchymoses ponctuées.

L'abdomen et les membres supérieurs et inférieurs ne présentent que les traces d'une lutte prolongée.

Dans un examen aussi méthodique que possible il ne faut pas oublier d'observer l'état des organes génito-urinaires.

Il sont rarement congestionnés et exceptionnellement il y a éjaculation de sperme. C'est surtout dans la pendaison qui se présentent ces symptômes. L'évacuation involontaire, par le relâchement des

sphincters, des matières fécales et de l'urine a été observée plusieurs fois.

L'anus est souvent déformé, infondibuliforme, chez les pédérastes. Chez la femme l'état de la vulve peut donner au médecin des indications utiles.

B. — Des lésions internes

Nous commencerons par les lésions profondes du cou produites par l'action du lien constricteur.

L'état des parties profondes du cou n'est nullement indiqué par celui de la peau qui les recouvre. Alors même que celle-ci n'est le siège d'aucune ecchymose apparente, on trouve très fréquemment des extravasations sanguines, non seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais encore dans l'épaisseur des muscles des régions sus et sous-hyoïdiennes et jusque sur la face externe du larynx et de la trachée.

Les muscles sont assez fréquemment le siège de rupture. L'ecchymose peut ne pas être en rapport avec l'étendue de ces déchirures musculaires ; l'épanchement du sang pourrait même manquer dans les ruptures par suite de la pression prolongée du lien.

Les fractures de l'os hyoïde sont tout à fait exceptionnelles. C'est surtout dans les strangulations par les mains qu'on peut rencontrer cette fracture. Mais les fractures du larynx et de la trachée peuvent se produire lorsque le lien est fortement serré sur

le larynx et même quand il est appliqué sur la membrane thyro-hyoïdienne.

Le cartilage thyroïde est, le plus souvent, fracturé, puis le cricoïde et les premiers anneaux de la trachée ; on peut très exceptionnellement rencontrer la lésion d'un des cartilages arythénoïdes.

On a pu assez souvent rencontrer la fracture de l'apophyse styloïde à la suite d'une tentative de strangulation.

Quoique ces lésions se rencontrent plutôt à la suite d'une tentative de strangulation manuelle on peut bien les rencontrer aussi dans la strangulation opérée à l'aide d'un lien.

Quelquefois le larynx, sans solution évidente de continuité, est déformé et aplati latéralement L'âge du sujet a une influence sur la production de ces fractures du larynx, de la trachée et du cartilage thyroïde ; chez les jeunes sujets, ces organes étant élastiques résistent mieux, tandis que chez les individus âgés, entre quarante et cinquante ans, l'ossification est faite et ils se brisent assez facilement. Chez les personnes âgées de plus de cinquante ans, c'est-à-dire chez les vieillards, l'ossification est plus avancée et rend plus grande la résistance de ces organes.

Les ecchymoses peuvent quelquefois manquer autour de ces fractures, c'est par l'arrêt de la circulation qui résulte de la violente constriction du cou par le lien strangulatoire. Ces lésions sont souvent graves et occasionnent la mort, quelque temps après la tentative de strangulation, en déterminant la ré-

duction du calibre des voies aériennes ou en les oblitérant. La déglutition, la phonation et les fonctions respiratoires étant plus ou moins gênées, la mort arrive tôt ou tard.

On peut remarquer encore, du côte des carotides, des lésions importantes. C'est la rupture de la tunique interne et moyenne de ces vaisseaux. Depuis qu'Amussat a décrit la mort par rupture de la carotide dans la strangulation par un lien, il a paru, sur ce sujet, une littérature vraiment considérable, dans laquelle brillent les noms de Mildner, Von Faber, Simon, Freindbert, et nombreux autres maîtres des plus autorisés de la médecine légale. Avant Amussat on ne croyait pas que la rupture de la carotide pouvait être la cause réelle de la mort par strangulation, et des expériences avaient été faites sur le cadavre pour déchirer la tunique interne de ce vaisseau.

Pour ce qui concerne l'endroit de la rupture, la plupart des auteurs sont d'accord sur ce point qu'on la rencontre le plus souvent au voisinage de la bifurcation de la carotide primitive, surtout au-dessous de cette bifurcation; seulement, en des cas particuliers, on a décrit des ruptures que l'on a observées plus ou moins loin de la bifurcation, ainsi les cas de Mildner, Von Faber, Simon et Aussmam.

C'est surtout la tunique interne qui est déchirée; la tunique moyenne présente aussi assez souvent des ruptures; quelquefois ces deux tuniques sont intéressées à la fois.

La déchirure peut être complète ou incomplète comprenant une partie ou la totalité de la circonfé-

rence du vaisseau : si tout le tour est rompu, les bords sont roulés sur eux-mêmes.

Quelquefois ce sont les vasa vasorum et les capillaires des tuniques qui sont rompus sans que ces tuniques présentent aucune rupture, il se produit; alors un épanchement de sang dans les parois de l'artère.

D'après Freidberg, cet épanchement serait le seul signe de la tentative de strangulation et il suffirait à établir le diagnostic. La rupture de la tunique interne persiste assez longtemps : dans une autopsie faite après quatre mois on a pu reconnaître cette rupture et l'existence de l'infiltration sanguine, ce qui montre qu'il est important de rechercher ces lésions pour arriver à une conclusion certaine.

Voici sept observations qui montrent la rupture de la carotide dans la mort par strangulation.

OBSERVATION II.

Autopsie d'un homme âgé de 54 ans, maigre, mort par la strangulation. Au cou un sillon de 3 millimètres de largeur, à bords parallèles, entre le larynx et l'os hyoïde qui se perd à droite derrière l'apophyse mastoïde et peut se suivre à gauche jusqu'au milieu de la ligne de la nuque.

En ouvrant la carotide on remarque, à 15 centimètres au-dessous de la bifurcation, une longue déchirure de la tunique interne de la carotide primitive gauche. Pas d'athérome. Le cou ne présente pas de lésions.

OBSERVATION III.

Homme âgé de 81 ans, d'une constitution moyenne. Le cou présente un sillon large de 4 millimètres, siégeant entre le

larynx et l'os hyoïde. Les deux côtés du sillon se rejoignent en montant derrière l'apophyse mastoïde gauche.

Environ 1 centimètre au-dessus de la bifurcation, la tunique interne de la carotide interne présente une déchirure longue de 5 millimètres.

La carotide primitive est athéromateuse.

La corne inférieure du cartilage thyroïde droit est fracturée.

OBSERVATION IV.

Jeune homme, âgé de vingt-quatre ans, très corpulent. Il présente au cou un sillon d'une largeur de 1 centimètre, à bords parallèles qui montent symétriquement des deux côtés derrière l'apophyse mastoïde jusqu'à la nuque.

On remarque une déchirure de la tunique interne de la carotide externe droite, juste au-dessus de la bifurcation avec suffusion des bords. Pas d'athérome.

La grande corne de l'os hyoïde est fracturée à gauche.

OBSERVATION V.

Homme âgé de 62 ans.

On remarque au cou un sillon strangulatoire, symétrique, situé au-dessous de l'incisure du cartilage hyoïde.

Quatre millimètres au-dessous de la bifurcation, la carotide primitive droite présente une longue déchirure mesurant 7 centimètres dans le sens transversal.

Il y a fracture des deux cornes de l'os hyoïde.

OBSERVATION VI.

Chez un adulte, 35 ans, on voit sur le cou un sillon de 5 millimètres de largeur, à bords parallèles, moins marqué à droite qu'à gauche. L'empreinte du nœud se trouve derrière l'oreille gauche.

Un travers de doigt au-dessous de la bifurcation, on voit une déchirure de la tunique interne de la carotide primitive gauche.

Athérome.

La corne supérieure gauche de l'os hyoïde est fracturée.

OBSERVATION VII.

Jeune homme de 25 ans, mort par strangulation. Au cou, un sillon d'une largeur d'un doigt, confus, allant jusqu'à la nuque et marqué surtout à cet endroit, se rejoignant à angle au tiers postérieur de la mâchoire inférieure droite.

La tunique interne de la carotide interne gauche est rompue.

Pas d'athérome.

Pas d'autres lésions du cou.

OBSERVATION VIII.

Jeune homme maigre de constitution, âgé de 23 ans. Le cou est le siège d'un sillon large d'un centimètre, à bords parallèles, se marquant au-dessus de trois autres sillons d'une largeur environ de trois millimètres. Le sillon part devant, se perd entre le larynx et l'os hyoïde, remonte des deux côtés, symétrique, derrière l'apophyse mastoïde jusqu'à la nuque.

On remarque, dans la tunique interne de la carotide primitive droite, une déchirure, au-dessous de la bifurcation, entourant presque toutes les parois postérieures et latérales droites de l'artère; immédiatement au-dessous se trouve une autre déchirure de la paroi postérieure, longue de cinq millimètres.

Il n'existe pas d'athérome.

Dans la gaine du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit se trouve une sigillation de la grandeur de Kreuzer; au-dessous du sillon la corne supérieure gauche de l'os hyoïde qui se trouve encore à l'état cartilagineux est cassée.

Il nous reste à passer en revue l'état du pharynx et de l'œsophage; la muqueuse de ces conduits présente parfois des ecchymoses.

On a quelquefois également la fracture et la luxation des vertèbres cervicales. Ces lésions sont généralement au niveau de la cinquième et de la sixième vertèbres cervicales. Mais elles sont rares et on les rencontre plutôt dans la pendaison; elles sont alors le résultat du poids du corps. Pour produire ces lésions, dans l'étranglement, il faut avoir recours à une force extrême

Nous avons maintenant à étudier l'état des viscères contenus dans les deux grandes cavités thoracique et abdominale: examen nécessaire dans toute expertise médico-légale.

Commençons par examiner les viscères contenus dans le thorax et en premier lieu, l'appareil respiratoire qui donne des indications précieuses sur le genre de mort.

L'écume dans les voies aériennes, la congestion des poumons les ecchymoses sous-pleurales, les noyaux apoplectiques et l'emphysème, tels sont les phénomènes que présentent les organes de la respiration dans la strangulation par un lien. L'écume s'observe dans le larynx, dans la trachée et très souvent dans les bronches. La muqueuse aérienne est très fortement congestionnée surtout à la partie supérieure.

D'après Tardieu, cette écume manque très rarement, elle est à peu près constante et, étant en général très fine, elle pénètre jusque dans les bronches. Elle est blanchâtre, souvent aussi sanguinolente et rosée. Quelquefois elle est abondante.

L'état des poumons. — Les poumons sont généralement peu ou point engoués, d'une couleur rosée assez uniforme, parfois fortement congestionnés parfois tout à fait à l'état normal. La surface n'est pas lisse, mais inégale, bosselée; les proéminences sont d'une couleur plus claire. On y remarque des taches sous forme de pétéchies ; ce sont les ecchymoses sous-pleurales qu'on appelle encore taches de Tardieu, c'est lui qui les a décrites le premier. Ce n'est qu'un signe secondaire dans la strangulation ; par leur présence on ne peut pas conclure que la mort ait été le résultat de l'étranglement ; elles appartiennent à toutes les asphyxies violentes ; on les trouve dans la pendaison, dans la submersion et dans la suffocation. Leur nombre varie suivant le genre de mort ; très nombreuses dans la suffocation, un peu moins dans la strangulation. Leur lieu d'élection est particulièrement le bord tranchant des lobes pulmonaires et surtout des lobes inférieurs ; elles résistent au lavage et au grattage. Il ne faut pas les confondre avec les taches noirâtres formées sur les poumons par des poussières charbonneuses, celles-ci, rougeâtres, brunâtres, plus ou moins foncées, sous forme de petites lentilles.

Dans le tissu pulmonaire on remarque également des noyaux apoplectiques qui résultent d'une extravasation sanguine sous forme de petits foyers. Leur diamètre varie de un à trois centimètres environ ; ils se rencontrent presque à la surface du poumon.

On signale aussi l'emphysème pulmonaire à la suite de la mort par strangulation. La plèvre est

soulevée par de petites plaques blanchâtres; elles sont nombreuses et s'affaissent quand on les incise. Dans les poumons l'air est épanché entre les vésicules déchirées; quelques lobules pâlis présentent une dilatation tout à fait caractéristique.

Si la strangulation est opérée après l'inspiration, l'emphysème se produit avec plus de force ; au contraire elle est beaucoup moindre si l'obturation de la trachée se fait après l'expiration.

Dans une autopsie faite longtemps après la mort, il faudra distinguer l'emphysème traumatique de l'emphysème putride. Ce dernier présente un large soulèvement de la plèvre, sans déchirure des alvéoles pulmonaires, et la nature des gaz est différente de celle de l'emphysème traumatique.

L'état du cœur. — Le cœur n'offre rien de caractéristique; on ne rencontre pas d'ecchymoses ou d'extravasion sanguine sous le péricarde ou sous l'endocarde. Il renferme un sang noir et liquide, sans traces de caillots; il est parfois absolument vide. Ces deux états sont signalés par tous les auteurs; ils indiquent l'asphyxie et la rapidité de la mort.

Tardieu a rencontré une seule fois du sang à demi coagulé. On observe cette fluidité du sang et la vacuité du ventricule gauche par les expériences sur les animaux.

Nous arrivons maintenant à l'examen des viscères contenus dans la cavité abdominale. Tous les viscères présentent plus ou moins une congestion.

De prime abord c'est l'état de la muqueuse *sto-*

macale qui présente quelques particularités ; on remarque sur la muqueuse de cet organe des piquetés scarlatins qui sont produits par le resserrement des vaisseaux et qui pourraient faire croire à un véritable empoisonnement. Ce phénomène est surtout fréquent quand le sujet a succombé étant en pleine digestion. Cet organe donne encore des signes d'une certaine valeur; l'analyse de son contenu permet de déterminer le moment du crime ; son examen est donc nécessaire à une expertise complète, bien qu'il ne puisse nous renseigner d'une façon absolue sur le mécanisme de la mort.

M. Sabinski, dans ses expériences, fait remarquer que la rate subit des modifications considérables. Elles est exsangue, ridée à la surface et diminuée de volume. Elle revient à son état normal quand l'asphyxie est interrompue. D'après cet auteur, ces phénomènes seraient dûs aux propriétés asphyxiques du sang.

Le foie ne présente aucune particularité ; seulement, par la présence du glycose, on pourrait conclure à la rapidité de la mort ; son absence fait rejeter l'idée d'assassinat ou de suicide pouvant amener rapidement la mort.

Les reins sont plus ou moins congestionnés. Les organes *génito-urinaires* présentent également une congestion, mais moins que dans la pendaison, et l'éjaculation spermatique qui accompagne le plus souvent la pendaison se rencontre rarement dans la strangulation.

Pour terminer ce chapitre, il nous reste à exami-

ner *l'état du cerveau*. Le cerveau, en général, est congestionné à cause de la gêne de la circulation dans les veines jugulaires, par suite de la compression, même légère, du lien strangulatoire.

Cette congestion ne se présente pas dans la strangulation manuelle, ou bien rarement. Dans la strangulation par un lien, l'anémie cérébrale est exceptionnelle; pour produire cette anémie, il faudrait une compression assez énergique pour oblitérer les carotides.

Quelquefois on a une hémorrhagie à la surface du cerveau et dans les ventricules, c'est surtout dans les cas de strangulation violente. Dans certains cas le sang peut être épanché à la base du crâne.

On a noté également les ecchymoses sous-péricraniennes, qui peuvent accompagner la congestion cérébrale.

Les méninges présentent, comme la muqueuse stomacale, des piquetés scarlatins disséminés à leurs surfaces.

CHAPITRE IV

Caractères de l'événement et questions médico-légales

La strangulation peut résulter d'un homicide, d'un suicide, d'un accident, ou bien elle peut être simulée. Tels sont les caractères de cet événement que nous étudierons ici en exposant tous les symptômes et les signes particuliers appartenant à chacun de ces phénomènes. Puis nous donnerons quelques détails sur la strangulation des nouveau-nés.

Il n'est pas sans utilité de savoir si la strangulation est opérée avant ou après la mort, car, dans certains cas, le lien est passé autour du cou après la mort; dans ces conditions c'est pour achever l'œuvre criminelle et assurer la mort, quoique à ce moment la victime ait déjà rendu son dernier soupir.

Dans d'autres cas, dans un accès de colère, le meurtrier frappe la victime sans volonté de donner

la mort; le coup est mortel ; puis, voulant déplacer sa victime, il lui passe une corde autour du cou pour la traîner.

Les signes distinctifs de la strangulation et les lésions produites par cette violence, dont nous avons parlé dans le paragraphe précédent, ne laissent aucun doute qu'elle ait été opérée pendant la vie. Si le lien est appliqué après la mort, les caractères du sillon sont tout à fait différents ; on n'a pas l'injection de la peau au-dessus et au-dessous du sillon ; si le sillon est double, le pli intermédiaire ne présente pas une rougeur plus marquée que la peau voisine comme il l'est généralement si la strangulation est faite pendant la vie.

Quoique on puisse avoir l'ecchymose si la lésion est faite à l'instant même ou quelques minutes après la mort, grâce à la circulation capillaire qui n'est pas atteinte et à celle des veines qui peut être atteinte avec une grande force, on ne peut avoir les phénomènes d'injection, ni les excoriations sanglantes qui sont caractéristiques.

Aussi il est bien certain qu'on ne produira point, après la mort, la turgescence de la face, l'état des yeux, la saillie de la langue, les ecchymoses ponctuées de la face, du cou, de la poitrine et, parmi les signes internes, l'emphysème pulmonaire, les ecchymoses sous-pleurales, l'écume dans la trachée et dans les bronches.

Par ces moyens on peut conclure que l'étranglement est fait pendant la vie et non pas après la mort.

A. — **Homicide.** — La strangulation par un lien est presque toujours le résultat d'une tentative criminelle. Mais, toutefois, on a observé des cas de suicide par strangulation à l'aide d'un lien. Par conséquent, en présence d'un cadavre, il faudra faire le diagnostic de ces deux phénomènes pour pouvoir répondre à la question posée par le juge d'instruction : La mort est-elle le résultat d'un homicide? Ce diagnostic présente quelques difficultés. Dans la strangulation manuelle, la distinction est bien facile à cause des empreintes digitales qui permettent de se prononcer facilement sur les circonstances.

Dans la strangulation par un lien, on fait le diagnostic d'après la nature du lien, suivant le degré de la pression et la manière dont il a été attaché.

Le lien employé peut appartenir à la victime ou à l'assassin et peut quelquefois mettre l'expert sur la voie de l'auteur du crime. C'est un fragment de vêtement dont l'individu s'est servi pour étrangler sa victime, ou bien c'est une corde quelconque que le meurtrier s'est procurée pour accomplir son œuvre. Dans une observation publiée par Tardieu, l'assassinat de la veuve du célèbre peintre Garneray, l'analogie du fragment de la corde qui avait servi à la strangulation, avec une pelote de corde semblable retrouvée dans le logement d'un individu, fit planer sur lui les plus graves soupçons.

En cas de suicide le lien est fortement serré et présente plusieurs tours et est attaché avec des nœuds nombreux ; en cas d'homicide il est souvent moins serré et lâche.

Ce qui peut contribuer à jeter un peu de lumière sur les circonstances du fait, c'est la présence des désordres extérieurs à la suite d'une lutte énergique et prolongée, et des lésions locales que l'on trouve au cou, et qui, presque nulles chez les suicidés, sont, au contraire, à peu près constantes et souvent très apparentes, très étendues et tout à fait caractéristiques dans le cas de meurtre accompli ou tenté par strangulation.

Les contusions, et les écorchures disséminées sur la face, sur le cou, au haut du thorax, sur les membres supérieurs, les lèvres et les narines excoriées, sont le résultat d'une lutte entre l'assassin et la victime et qui ne laisseront pas de doute sur le caractère de l'acte.

C'est surtout les contusions de la tête qui sont fréquentes et qui précèdent l'étranglement. « C'est pour étourdir la victime, dit Tardieu, et l'achever en l'étranglant ».

Le lien est enlevé après la mort par le meurtrier pour détourner les soupçons. Alors, en ce cas, même l'absence du lien, avec le sillon caractéristique, est une preuve d'homicide.

Dans certains cas les lésions locales peuvent être complètement absentes et, par suite, s'établissent les supçons de suffocation ; ces cas sont rares et bien exceptionnels.

OBSERVATION IX

(Résumé)

L'Affaire Gouffé

Dans la soirée du 29 juillet 1889, un sieur L... se présenta au commissariat de police du quartier Bonne-Nouvelle pour faire connaître la mystérieuse disparition de Gouffé, son beau-frère, huissier à Paris, qu'on n'avait revu ni à son étude, rue Montmartre, ni à son domicile particulier, rue Rougemont, depuis la soirée du 26.

Dès le début, la pensée d'un assassinat, ayant le vol pour mobile, prenait beaucoup de consistance. D'après les circonstances on n'admettait pas l'hypothèse d'un suicide, ni même d'un accident.

L'instruction se poursuivait sans données précises, lorsque, le 13 août, le cadavre d'un homme fut trouvé sur le versant d'un glacis boisé dans la commune de Millery près Lyon. Ce cadavre était dans un état complet de putréfaction, il était placé dans un sac en toile cirée. Plus tard, sur le parapet d'où l'on avait certainement fait rouler le corps pour le précipiter vers le Rhône, un habitant découvrit une petite clef.

Le sieur L..., conduit à Lyon, ne reconnut pas les restes de son beau-frère, et le médecin commis, étant insuffisamment renseigné, conclut à la non identité de Gouffé et du cadavre.

Cependant, le surlendemain, 15 août, le hasard fit retrouver à St-Genis-Laval, commune voisine de celle de Millery, dans un fossé couvert de broussailles, les morceaux d'une grande malle brisée. La clef découverte près du cadavre s'adaptait parfaitement à la serrure, l'odeur et les taches remarquées sur la paroi intérieure des débris, ne laissaient aucun doute : c'était incontestablement dans cette malle que le corps recueilli à Millery avait été transporté.

Une étiquette adhérait encore à l'une des planches et permettait d'apprendre que le tout avait voyagé de Paris à Lyon, par chemin de fer, à la date du 27 juillet 1888 ou 1889, le dernier chiffre étant à peu près effacé.

La malle avait été reconstruite, et l'instruction s'avançait d'une marche assurée. On recueillit à toutes les sources sérieuses, à Paris, les renseignements les plus détaillés sur la taille, la conformation, les particularités physiques de Gouffé ; on ne négligea pas de recueillir sur son peigne quelques cheveux, et, fournissant ainsi un signalement indiscutable, que la description d'une ancienne blessure à l'os d'une jambe complétait encore, on fit appel aux lumières de M. le professeur Lacassagne. Le savant professeur, à l'aide de ces documents multiples, fit pour ainsi dire revivre le squelette placé à son amphithéâtre et n'hésita pas dans ses conclusions : le cadavre transporté, le 27 juillet, de Paris à Lyon était bien celui de Gouffé.

Voici dans quelles circonstances et comment l'assassinat est commis.

Un nommé Michel Eyraud avait fait la connaissance d'une jeune fille de 20 ans, Gabrielle Bompard, et, bien que marié et père de famille, partageait les produits de la prostitution de cette fille. Mais ces ressources honteuses étant insuffisantes, ils s'arrêtèrent tous les deux à la pensée d'attirer quelque opulent débauché à un rendez-vous galant et de le dépouiller, vivant ou mort. Le sort désigna l'huissier Gouffé.

Ils le connaissaient tous deux. Après plusieurs préparatifs, ils louent un appartement au rez-de-chaussé, au numéro 3 de la rue Tronson-Ducoudray et ils procédèrent à l'installation.

Une malle solide, un fort clou carré, un porte-mousqueton, une corde légère pour lier le corps et un morceau de toile cirée destinée à empêcher le sang et les déjections de se répandre, tels étaient les objets préparés à l'avance.

Dans l'après-midi, Eyraud enfonça le clou dans la poutre faisant traverse à l'entrée de l'alcôve, il fixa le moufle et la poulie, agença la corde ; ils attachèrent le porte-mousqueton, en prenant les précautions les plus minutieuses pour que les rideaux ne fussent pas déchirés et pour que le porte-mousqueton jouât facilement. Gabrielle rendit la corde invisible en la revêtant d'une étoffe de couleur sombre. Le système était compliqué par l'arrangement de la cordelière, dont les extrémités se terminaient en boucles, de façon à former nœud coulant en pénétrant l'une dans l'autre.

Une chaise longue fut placée contre l'angle de l'alcôve.

Gabrielle Bompard conserva un peignoir afin que la cordelière fût naturellement placée autour de sa taille. Eyraud porta une chaise dans l'alcôve, près du bout flottant de la corde opposé au porte-mousqueton et, pour plus de sûreté, masqua sa cachette d'un second rideau. Sur la table, tout ce qu'il faut pour écrire et, en outre, du champagne, des biscuits, de l'eau-de-vie.

Après dîner, Gabrielle est rentrée en compagnie de Gouffé ; ils se mirent sur la chaise longue. Gabrielle sur le genou de l'huissier, tout en badinant, lui entoura le cou avec sa cordelière, puis passant doucement une de ses boucles dans l'autre, derrière la tête de l'homme, elle glissa la boucle saillante dans le porte-mousqueton. Aussitôt Eyraud, prévenu par le mouvement qu'elle fit en se levant, tira brusquement la corde.

(Pour le deuxième rapport, si intéressant, sur l'identité du cadavre de Gouffé, rédigé par M. le professeur Lacassagne, nous renvoyons nos lecteurs aux Archives de l'anthropologie criminelle, T. 5., p. 665).

Voici le rapport de M. le professeur Lacassagne, et de M. le Dr P. Bernard.

Nous soussignés, Paul Bernard, médecin au rapport, et Jean-Alexandre-Eugène Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté, médecin au rapport, sur la réquisition de M. Vial, juge d'instruction, en date du 12 novembre 1889, serment préalablement prêté, avons procédé le lendemain, à 9 heures du matin au laboratoire de médecine légale, à l'examen du corps d'un individu trouvé le 13 août, à Millery et dont l'autopsie avait été faite par l'un de nous, M. le Dr P. Bernard.

Nous avons mission de relever tous les signes ou caractères qui pourront permettre d'établir l'identité de ce cadavre.

Nous avons procédé à cet examen, assistés de M. le Dr Etienne Rollet et de M. F.-J. St-Cyr, préparateur de médecine légale, en présence de MM. Bérard, Goron, Jaumes.

1° Sur le couvercle du cercueil se trouve une plaque en zinc portant : n° 126, août 1889. Nous retrouvons dans le cercueil le chapeau de feutre qui y avait été déposé par le garçon du laboratoire, lors de la première autopsie, afin de faciliter la reconnaissance du cercueil en cas d'exhumation.

La calotte cranienne est placée près de la tête avec deux

compresses et, bien que la putréfaction soit très avancée, le Dr P. Bernard reconnaît d'une manière certaine le corps qu'il a examiné le 14 août précédent.

2° Les membres inférieurs sont presque complètement dépouillés de leurs parties molles ; les pieds et les mains ne tiennent plus que par des lambeaux En rapprochant ainsi les diverses parties, nous obtenons une taille approximative de 1 mètre 77. Une puanteur excessive s'exhale du cadavre ; les lavages répétés, pratiqués sur la tête, le tronc et les membres, ne font rien découvrir de particulier au point de vue de l'identité de l'individu. Il est vrai que la surface cutanée et les parties se transforment en adipocire et à cause des ouvertures spontanées ou pratiquées par le médecin, lors de la première autopsie, on ne trouve pas, à la surface de la peau, des signes nets d'identité tels que tatouages, cicatrices, etc.

3° *Tête*. — Sur le cuir chevelu, on trouve encore une certaine quantité de cheveux qui sont recueillis pour être soumis à un examen méthodique.

Les orbites sont vides. Des sourcils, il reste quelques poils assez longs, réunis en touffe près de l'angle externe de la cavité orbitaire.

Une grande partie de la barbe a disparu. D'une façon générale, il semble qu'elle va augmentant de longueur à mesure qu'on se rapproche du menton, les poils sont de couleur variée. Quelques-uns sont complètement noirs, d'autres châtain foncé, d'autres châtain clair ; quelques-uns nous paraissent jaunâtres. Ces poils, diversement colorés, sont mélangés sans disposition spéciale. Nous croyons que les poils châtains et jaunâtres l'emportent en nombre sur les noirs. Lors du premier examen, l'un de nous, M. le Dr P. Bernard, avait indiqué que les moustaches paraissaient à peine. Nous constatons, à notre tour l'absence de poils à la lèvre supérieure, mais à cause de l'état de décomposition, nous ne pouvons dire si ces poils ont été coupés ou s'ils ont disparu par la putréfaction.

Les mâchoires sont fortes ; la dentition est bonne ; elle est complète à la mâchoire inférieure où les incisives et les canines sont noirâtres à leur face postérieure, ce qui semble indiquer que le sujet était un fumeur.

La mâchoire supérieure possède toutes ses dents sauf la pre-

mière grosse molaire droite. Les incisives médianes sont fortes, proéminentes d'une manière remarquable et particulièrement ébréchées à leur bord libre. On ne découvre rien autre de particulier dans la bouche.

4° *Cou.* — Le cou a été dépouillé de toutes ses parties, sauf à la nuque. Parmi les débris, on retrouve le larynx qui présente une fracture symétrique à la base des deux cornes du cartilage thyroïde. Ce larynx est conservé et sera ultérieurement examiné ; des crevés pratiqués sur la face postérieure du cou et en même temps, sur les autres parties molles, ne font découvrir aucune ecchymose, aucune infiltration sanguine révélant une contusion quelconque. Il faut dire, du reste, que l'état de putréfaction rend cette constatation à peu près impossible.

5° *Thorax.* — Le plastron thoracique est enlevé ; les organes internes, cœur, poumons, sont réduits en une bouillie informe qui ne se prête à aucun examen. Nous rappelons que le Dr P. Bernard n'a signalé aucune particularité notable du côté de ces viscères. Sur les côtes, nous ne constatons pas de fractures, celles-ci seront, du reste, l'objet d'un examen spécial après leur préparation.

6° *Abdomen.* — Le foie, la rate, les reins, la vessie n'avaient rien présenté de particulier à noter ; actuellement, tous ces organes, y compris l'estomac, sont complètement putréfiés. Quand aux organes génitaux externes, ils n'existent plus. On recueille quelques poils du pubis pour les soumettre à un examen.

7° *Membres supérieurs.* — Ils sont en grande partie décharnés : quelques fragments ligamenteux relient les mains aux avant-bras ; celles-ci paraissent longues. Malgré nos recherches nous ne retrouvons pas d'ongles. Les os du membre supérieur, humérus, radius, cubitus, sont dégarnis de ce qui leur reste de parties molles et soumis à des mensurations méthodiques dont il sera parlé dans un autre rapport.

8° *Membres inférieurs.* – Rien à noter au point de vue du volume ; la putréfaction est telle qu'il est impossible de prendre des circonférences comparatives. Les articulations des

genoux sont ouvertes ; nous remarquons que si la bourse articulaire gauche remonte jusqu'à cinq centimètres au-dessus des condyles fémoraux la bourse droite ne va que jusqu'à trois centimètres au-dessus des mêmes condyles. Il résulte de ceci que ni la capacité de la bourse gauche ni la diminution de la bourse droite ne peut être mise sur le compte de la putréfaction dont l'action s'exerce d'une façon lente et peu marquée sur les tissus de cet ordre. Nous aurons à étudier plus tard les causes de cette différence.

9° *Pieds.* — La putréfaction a dépouillé les pieds de toutes les parties molles qui les recouvraient. A la simple inspection on voit que l'astragale et le calcanéum du pied droit présentent une coloration foncée, brunâtre, différente de celle des os correspondants du pied gauche. Ces deux os montrent à droite des déformations considérables qui seront décrites plus tard.

Nous indiquerons dans un autre rapport les recherches qui seront faites sur le poids des os longs des membres inférieurs gauche et droit et les mensurations qui permettront d'indiquer très approximativement la taille du sujet.

Les constatations qui viennent d'être indiquées par cette exhumation sont déjà suffisantes et fournissent un ensemble de résultats capables d'indiquer l'identité du sujet.

OBSERVATION X.

STRANGULATION. — COUP DE FEU TIRÉ A BOUT PORTANT.

Un jeune homme de dix-sept ans reçoit, à bout portant, un coup de pistolet dans la poitrine de bas en haut, d'avant en arrière, la balle a traversé le poumon gauche, la blessure n'est pas mortelle ; le meurtrier se précipite sur la victime et l'étrangle avec son foulard, si brusquement qu'une branche de troëne, longue de 80 centimètres, arrachée à la haie voisine, reste engagée entre le lien et le cou fortement serré.

La branche est encore fraîche au moment où l'on découvre le corps ; aucune arme n'est près du cadavre. On constate que

le lien est assujetti par deux nœuds fortement serrés l'un sur l'autre, à la partie latérale du cou.

L'empreinte sur la peau est grisâtre et blanchâtre, molle, non parcheminée, avec de légères érosions, sans ecchymoses ni lésions profondes ; le cou est emphysémateux et imbibé d'un liquide putride qui explique la mollesse de l'empreinte ; le sillon est entre le larynx et le menton ; la langue n'est pas projetée en avant ; la face et les deux poignets présentent des excoriations nombreuses, dont quelques-unes ont la forme de coups d'ongles. Les poumons sont le siège d'une forte congestion sanguine ; le cœur est vide, sans caillots ; la putréfaction est avancée avec un reste de rigidité cadavérique.

L'accusé a dix-sept ans et demi, comme la victime ; le vol a été le mobile de l'acte ; aveux complets, condamnation par la cour d'assises du Bas-Rhin, le 7 septembre 1866, avec circonstances atténuantes, aux travaux forcés à perpétuité.

OBSERVATION XI

STRANGULATION A L'AIDE D'UN LIEN ; COUPS NOMBREUX PORTÉS SUR LA TÊTE.

(TARDIEU, Traité Médecine légale, p. 204.)

La veuve G..., âgée de 65 ans, bien constituée, présente à la tête un grand nombre de blessures, contusions, profondes, disséminées sur le front, sur les tempes, sur les joues et plaies contuses placées à la partie postérieure du crâne. Epanchement considérable de sang coagulé, mais ni fracture ni enfoncement. On compte en tout au moins 12 coups sur la tête. Autour du cou, vers la partie moyenne, on remarque un sillon transversal très profond qui fait le tour du cou en suivant une direction très exactement horizontale. Le fond est large et parcheminé, les bords saillants. Les tissus sous-jacents sont ecchymosés et du sang est infiltré dans les muscles. Au-dessus de ce sillon on trouve, à deux travers de doigt plus haut, une seconde empreinte plus superficielle. Le larynx, à sa surface interne, est parsemé de petites ecchymoses ponctuées, et renferme un peu d'écume sanguinolente. Les poumons, très peu

engorgés, n'offrent pas la moindre ecchymose sous-pleurale, mais seulement un peu d'emphysème.

Le cœur est plein de sang tout à fait fluide. Des ecchymoses existent, en outre, sur les deux mains et sur le rein droit. L'estomac contient un liquide grisâtre, qui paraît être du bouillon. La veuve G .. a reçu à la tête un grand nombre de coups qui n'étaient pas de nature à entraîner la mort, mais qui ont dû amener un étourdissement et une perte de connaissance. Ces coups ont pu être portés simplement avec les poings. La plaie qui existe à l'occiput peut être le résultat de la chute. Il existait, en outre, sur les mains des contusions qui attestent une résistance de la part de la victime.

La mort est le résultat de la strangulation opérée à l'aide d'un lien fortement serré autour du cou.

Observation XII

un étrangleur de douze ans.

Le 7 janvier 1895, les époux C..., dont le mari est contremaître dans une importante papeterie, occupent, avec leurs enfants E..., et H..., âgés le premier de treize ans et la seconde de quatorze ans, un petit appartement d'une maison de la rue de Gergovie (Paris). Le petit E... a manifesté à diverses reprises de fort mauvais instincts. Il est sournois, et lorsqu'on le corrige, il menace même sa mère de se venger. Souvent, il a commis au préjudice de ses parents des vols d'argent qui ont fait naître chez ces braves gens de graves inquiétudes pour l'avenir de leur fils.

Il y a quelques jours, étant seul au logis avec sa sœur, celle-ci surprit E... au moment où il dérobait dans une armoire une pièce de cinq francs. La fillette lui adressa de vifs reproches et lui déclara qu'elle rendrait compte à son père de l'indélicatesse commise.

Le jeune drôle s'emporta alors et menaça de lui régler son compte si elle le dénonçait.

H... ne se laissa pas intimider par cette menace et, le soir,

elle raconta à ses parents la vilaine action de son frère, qui fut corrigé sévèrement.

E... dissimula sa rancune, mais hier, après midi, vers 2 heures, tandis que son père était à son travail et sa mère en course dans le quartier, il s'empara d'un cordon de rideau auquel il fit un nœud coulant, puis dissimulant son lacet derrière son dos, il s'approcha de sa sœur occupée à broder devant la fenêtre. Pour ne pas éveiller les soupçons de la fillette, il l'embrassa et, tout à coup, au moment où la pauvre enfant riait avec lui sans méfiance, il lui passa le nœud coulant autour du cou et, tirant à lui, la renversa sur le parquet.

La victime se débattit du mieux qu'elle put, mais le jeune fratricide la traînait sur le parquet en tirant de toutes ses forces sur le cordon.

Le précoce bandit aurait infailliblement consommé son crime, car sa sœur avait perdu connaissance. lorsque, heureusement, la mère rentra.

Mme C... appela au secours et des voisins arrivèrent presque aussitôt.

On enleva à l'enfant le lazzo qui l'avait étranglée à demi.

Un médecin, appelé en toute hâte, pu heureusement sauver la petite H...

Les époux C... ont fait les démarches nécessaires pour que leur fils fût enfermé dans une maison de correction jusqu'à sa majorité.

B. — **Suicide**. — La strangulation est-elle le résultat d'un suicide? On pourra bien répondre à cette question en montrant l'absence de tous les signes appartenant à l'homicide par strangulation et la présence, au moins de quelques-uns des symptômes que nous allons énumérer et qui appartiennent au suicide.

Le suicide par strangulation à l'aide d'un lien est assez rare. Pourtant on a cité des exemples. C'est surtout chez les prisonniers et les aliénés qu'on ren-

contre ce fait. Dans une statistique officielle des prisons en Italie, dans l'espace de six années, de 1866 à 1872, on a observé cinquante et un cas de suicide par strangulation.

Egalement chez les aliénés et les gens que de longues et douloureuses maladies poussent au désespoir, on rencontre assez souvent ce mode de suicide; car il n'exige pas une grande force physique et l'individu peut s'étrangler dans l'obscurité même et en silence.

Ici le lien est disposé de telle façon que la personne perd connaissance, mais la pression est continuelle.

Le suicidé se procure un lien quelconque et le passe autour de son cou en faisant plusieurs tours, en le serrant fortement et en faisant de nombreux nœuds si compliqués qu'ils ne peuvent se relâcher et qu'il faut un certain temps pour les défaire. L'individu est en général couché dans son lit et sur le dos, ou bien quelquefois étendu par terre.

L'absence de traces de lutte, la position du sujet, la situation du lien, les tours nombreux et serrés, les nœuds compliqués sont des signes caractéristiques du suicide par strangulation.

Les antécédents de l'individu, surtout son état mental, sont utiles à examiner pour le diagnostic médical.

Dans la strangulation par suicide, on rencontre plus souvent l'emploi du garrot, mais l'existence du garrot ne dispense pas un médecin expert de la recherche attentive de toutes les autres preuves.

Les corps les plus variés ont été employés pour servir de garrot ; un bâton, un billot, une fourchette, un manche de cuiller, un manche de fourche, l'anse d'un pot de terre, etc., tous ces objets ont été observés par les auteurs.

Dans une observation rapportée par Hoffmann, un soldat s'était étranglé en passant son sabre, muni de sa gaîne, dans un morceau de drap de laine, fortement serré autour du cou et assujetti par un nœud en avant; le sabre avait fait plusieurs tours, et avait été arrêté par le maxillaire inférieur.

Tardieu, Taylor, Legrand citent plusieurs cas très curieux de ce genre de suicide.

La strangulation est quelquefois précédée par d'autres moyens de suicide. La personne aura pu essayer de se couper la gorge, se tirer un coup de feu, prendre un poison. Ne pouvant pas en finir avec la vie par les moyens précités, elle accomplit son sinistre projet en s'étranglant. Un matelot est trouvé mort dans un cabinet d'aisance : il présentait sept coups de canif au poignet gauche, et un châle était fortement serré autour de son cou.

Un médecin chargé d'une expertise de ce genre doit examiner les blessures qui accompagnent la strangulation suivant les règles ordinaires, pour savoir si ces blessures ont été faites par une main étrangère.

Voici, en quelques mots, les signes et les symptômes caractéristiques du suicide par strangulation à l'aide d'un lien: sillon mou, à peine parcheminé, sans ecchymoses, ou seulement quelques érosions légères;

pas de traces de lutte ; tuméfaction de la face avec des taches ponctuées, la langue tuméfiée; contusions produites à la suite d'une chute au moment de la mort; emphysème et ecchymoses pulmonaires qui sont peu prononcées; le cadavre est couché, en général, sur le dos, dans son lit dont les couvertures sont à peine dérangées.

En joignant à ces signes l'état mental du suicidé on peut se prononcer sur les circonstances du fait.

OBSERVATION XIII

AFFAIRE DOULS. — SUICIDE PAR STRANGULATION PRIS POUR UN ASSASSINAT.

(Tardieu.)

Le 25 juin 1861, l'accusé Douls arriva à Albi avec une vieille femme, qu'il faisait passer pour sa domestique. Après avoir logé quelques jours à l'hôtel, il avait loué pour 3 ans une maison isolée. Le 9 juillet, il installa, dans cette maison, la femme qui l'avait accompagné à Albi; les voisins n'eurent pas le temps d'établir des relations avec elle et remarquèrent seulement sa surdité poussée à tel point qu'on pouvait s'approcher d'elle sans qu'elle s'en aperçût.

Deux jours après, le 11 juillet, vers six heures du soir, Douls sortait de sa maison où on l'avait vu entrer une demi-heure auparavant. Il paraissait troublé, appelait du secours et annonçait que la vieille femme qui logeait avec lui était morte.

Plusieurs personnes accoururent aussitôt, montèrent au premier étage de la maison et pénétrèrent dans une chambre où gisait, étendu sur un lit de fer, le corps d'une femme qui paraissait sans vie. Le cadavre était couché sur le dos et recouvert d'un drap jusqu'à la poitrine ; les bras nus longeaient le corps et se trouvaient à découvert ; quelques gouttes de sang

avaient coulé du nez sur la lèvre supérieure ; enfin, on remarquait autour du cou une torsade de coton terminée par des glands. Douls, qui était entré dans la chambre avec les voisins, se préparait à desserrer le cordon ; il s'arrête sur l'observation de la veuve Pélissier que ce soin était inutile et qu'il convenait d'attendre l'arrivée des magistrats qu'on avait averti.

Le Dr Guy arriva avant eux, et déclara qu'il n'y avait aucun espoir de rappeler à la vie la femme qu'il venait d'examiner ; il ne sentit aucune pulsation, la main droite était froide, la gauche conservait seule un reste de chaleur. M. Guy passa ensuite sa main entre la torsade et le cou et remarqua avec surprise que la constriction n'était pas assez forte pour empêcher la circulation du sang et produire l'asphyxie.

Bientôt les magistrats arrivèrent accompagnés d'un second médecin, le Dr Caussé Ils furent frappés,comme les personnes accourues les premières sur les lieux, de l'aspect que présentait le cadavre : la face était pâle, les yeux fermés, les pupilles n'étaient ni contractées, ni dilatées ; autour de la bouche entr'ouverte on remarquait une teinte violacée avec un pointillé rouge à gauche et une dépression très sensible. La position du corps dans le lit, celle des bras frappèrent tout le monde par l'aspect naturel qu'elles présentaient. Rien n'annonçait une mort violente et la femme couchée sans vie paraissait d'abord endormie.

Le cadavre était revêtu d'une chemise propre, un mouchoir blanc couvrait les épaules et était maintenu en avant par une épingle ; les pantoufles étaient sous le lit, la robe et une coiffe de velours étaient suspendues à l'espagnolette. Sur le parquet, à côté d'une malle ouverte, étaient des cordes qui paraissaient avoir servi à fermer des caisses.

En présence de cette mort dont le caractère et la cause n'étaient pas encore connus, Douls fut inculpé du meurtre de la femme qu'il dit s'appeler veuve Bodelet, et les soupçons furent bientôt confirmés par le résultat de l'examen des hommes de l'art.

Le procès-verbal de constatation décrit ainsi la position du corps :

Femme de 70 ans, gisant sur son lit : les deux bras le long

du corps, les jambes étendues, le drap recouvrant jusqu'à la poitrine, la couverture roulée sur le milieu du lit à côté du mur, les deux mains et une partie des bras recouvertes par le drap.

Autour du cou une torsade de coton blanc servant d'embrasse de rideau serrée au moyen d'une coulisse. Cadavre encore rigide les yeux fermés; traces de sang provenant d'un saignement de nez, sur les narines et sur les lèvres.

Le corps aurait été trouvé à 6 heures du soir déjà froid, les bras rapprochés du corps et un peu ployés. Il semble à l'expert que le bras droit était à découvert et le gauche sous le drap.

Le corps est vêtu d'une chemise et d'un corsage. Aucune souillure ne se remarque sur les linges. Sous le jarret droit, il existe une plaie et quelques excoriations.

Voici le résumé du rapport des deux médecins Caussé et Guy; peau pâle, yeux fermés, pas d'ecchymoses sous les conjonctives pupilles normales, pas de dépression, ni de décroissance du nez; quelques gouttes de sang ont coulé par la narine gauche; bouche entr'ouverte; langue non sortie, pas d'écume. Autour de la bouche, légère teinte violacée avec un pointillé rouge à gauche, et une dépression très remarquable.

La position du corp n'indique nullement une mort violente.

La torsade de coton, de la grosseur du petit doigt, entoure le cou de la manière suivante : la tête une fois passée dans l'anse. celle-ci a été réduite et serrée, soit au moyen du coulant qui se tourne en avant, soit en tirant sur le chef droit qui a été passé ensuite à droite et à gauche derrière le cou et ramené à la partie antérieure où il a été noué par un nœud simple et peu serré avec l'autre chef qui passe double dans le coulant. Ces deux chefs de lien sont terminés par les glands. La peau ne présente aucun pli ou froncement et porte seulement l'empreinte, rougie, des différents fils formant la torsade qui, cependant, est passée deux fois autour du cou.

Le bras droit est froid, le reste du corps n'est pas très chaud. Flaccidité des membres.

A la partie supérieure du bras droit une tache de couleur sombre de la largeur d'une pièce de un franc.

Dans le point exactement correspondant du bras gauche, on trouve une semblable tache plus irrégulière et un peu plus

grande. En dehors du jarret droit, excoriation sèche avec desquamations de l'épiderme; autour, sur un fond rouge, affection évidemment dartreuse ; pas d'injection du tissu sous-jacent au niveau des taches brunâtres des bras. Toutes les constatations qui précèdent ont été faites, sur les lieux, le jour même de la découverte du crime. L'autopsie a été faite le lendemain.

Les doigts sont fléchis, comme crispés. Leurs extrémités, surtout à gauche, ont une teinte violacée.

Le lien qui entourait le cou a été enlevé. Au lieu de l'empreinte formée par l'impression de la torsade sur les tissus, on constate une bande unie de couleur violacée, large de 10 millimètres et continue d'un côté à l'autre du cou, très apparente à droite, un peu moins en avant et à gauche. Cette trace disparaît complètement en arrière et à droite. Elle passe au-dessous du cartilage thyroïde et se dirige obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. La peau du cou et les tissus sont jaunes ; d'ailleurs, ni ecchymoses, ni égratignures quelconques ; un peu de rougeurs et quelques mucosités sanguinolentes; pas d'écume dans le larynx.

Rien de particulier dans l'intérieur de la bouche, ni dans le pharynx.

Sur le cuir chevelu, nombreuses taches ecchymotiques, données comme des preuves de la mort par suffocation.

Os du crâne et de l'encéphale à l'état normal.

Poumons volumineux, quelques adhérences à droite laissant écouler un liquide spumeux et sanguinolent abondant. Pas d'ecchymoses sous-pleurales.

Cœur contenant un peu de sang fluide, pas d'ecchymoses sous-péricardiques. Foie de couleur verdâtre, écoulement de sang visqueux et noir.

Estomac sain, contenant une bouillie liquide de couleur grisâtre. Intestins présentant une injection des vaisseaux capillaires, d'où couleur rouge sombre avec arborisations veineuses noires.

Conclusions. — 1° La femme Boucher est morte asphyxiée.

2° Il existe de graves présomptions que la mort est due à des violences exercées sur la bouche au moyen d'une main ou d'un tampon, et sur le cou à l'aide d'un lien.

3° Le lien aurait dû laisser une légère interruption en avant et à l'endroit du coulant où les deux chefs ne peuvent se rapprocher assez pour comprimer la peau; sur ce point, au contraire l'empreinte est suivie et continue, tandis qu'en arrière et à droite il n'en existe aucune trace, dans une étendue de plusieurs centimètres, dès lors on peut se demander si la position de la torsade n'a pas été changée.

4° Les nombreuses taches ecchymotiques observées sur le cuir chevelu, la coloration violacée signalée autour des lèvres, la dépression de la joue sont autant d'indices de la mort par suffocation et semblent donner un démenti au fait du suicide.

5° La couleur rouge sombre de toute la masse intestinale et la couleur violacée des extrémités des doigts, résultant de congestions passives, qui se forment après la mort, donnent lieu de penser que la veuve Bodelet n'est pas morte sur le lit et qu'elle n'y a été portée qu'après être restée quelque temps dans une position qui a permis aux liquides de congestionner ainsi passivement les viscères et les extrémités du corps.

6° En tenant compte de ces faits, qui ont entre eux une certaine connexité et se corroborent mutuellement, nous pensons devoir repousser l'idée du suicide de la femme Adèle Boucher, veuve Bodelet.

MM. les Drs Rigal (de Gaillac) et Estevenet, dans leurs dépositions, et M. le Dr Tardieu, dans sa consultation, d'après les signes suivants, tels que l'état du lit, l'absence de lutte, de violences; l'intégrité du nez et des lèvres tant au-dessous qu'au dedans de la bouche, la dépression probablement passive, la nature, la disposition du lien, la trace qu'il laisse après lui, soit à la surface soit au-dessous de la peau du cou, l'absence de taches ecchymotiques sous-pleurales, la présence des taches péri-craniennes, la congestion des intestins produite par l'asphyxie, l'attitude du corps, et insistant sur ce que cette femme avait déjà fait une tentative de suicide, et s'était jetée dans la Seine concluent plutôt au suicide qu'au meurtre.

D'après leurs dépositions l'accusé Douls est acquitté.

OBSERVATION XIV

COMPTE RENDU SOMMAIRE D'UN CAS MÉDICO-LÉGAL RARE

Communiqué par le professeur Lacassagne (*Arch. de l'anth. crim.*, t. IV. p. 187, 1889).

Par une nuit d'hiver de l'année 18.., le médecin légiste de garde au Ministère de la Police fut chargé d'aller examiner à domicile, une femme musulmane qu'un procès-verbal succinct prétendait avoir été étranglée par son mari.

Conformément à l'ordre reçu le dit expert se rendit au domicile de la victime sis dans un des quartiers mulsumans les plus populeux de Stamboul.

On remarquera que nous ne donnons les noms ni des personnes ni des lieux, une réserve trop bien motivée nous oblige à les taire, ainsi qu'à ne pas préciser la date de ce drame domestique.

Le domicile en question était une maison en briques, étroite, n'ayant que deux étages et une chambre d'entre-sol donnant sur la rue. Le rez-de-chaussée comprenait une chambre de domestique située sous l'unique chambre de l'entresol, et une cuisine donnant sur le jardin sis derrière la maison.

Dans cette cuisine il y avait une citerne contenant à peine dix centimètres d'eau. Entre la chambre du rez-de-chaussée et la cuisine, à une petite distance d'un escalier flanqué d'un lieu d'aisance, se trouvait un puits ayant une margelle arrondie dont le diamètre, assez étroit, pouvait cependant laisser passer le corps d'un adulte ; nous y reviendrons.

L'expert, introduit dans la chambre sise à l'entresol, y voit, étendue sur une ottomane, dans le decubitus dorsal, une femme vêtue de linge blanc, la tête découverte et les pieds nus ; cette femme pouvait avoir vingt-deux ans ; blanche avec des cheveux noirs et des yeux bruns ; de taille supérieure à la moyenne, elle était très bien faite et remarquablement robuste ; c'était une vigoureuse Circassienne.

Tout à l'heure encore évanouie, elle venait, suivant le rapport de l'entourage, de reprendre ses sens, mais ne pouvait émettre aucun son. Effectivement, interrogée par l'expert, cette femme

posant l'index de la main droite sur son larynx, témoigna l'impossibilité où elle était de prononcer la moindre parole.

Continuant son examen, l'expert constata l'absence de fièvre, tout au contraire les extrémités des membres, tant supérieurs qu'inférieurs, étaient froides ; le pouls était régulier et point accéléré,

Il est nécessaire de faire remarquer ici que l'expert n'a pu procéder à son expertise qu'une heure après l'aventure dramatique dont il sera parlé plus loin.

Hors la région cervicale, le corps de la jeune femme ne présentait aucune trace de violence, ni aucun signe suspect.

On remarquait au cou un sillon rubané de nature pseudo-ecchymotique et d'un rouge vif; ce sillon, très superficiel, avait, dans toute son étendue, une largeur d'un centimètre et demi, semi-circulaire et passant au-dessus du larynx, il finissait des deux côtés, derrière les apophyses mastoïdes; on ne voyait tout le long du sillon aucune érosion de la peau, celle-ci, en avant comme aux deux côtés du cou, était légèrement tuméfiée.

La face ne présentait aucune altération ; c'est à peine si l'on y remarquait une légère injection des sclérotiques.

Ce sillon, d'un aspect si caractéristique, ne pouvait être produit que par la suspension du corps par le cou ; l'expert eut bientôt conclu à une tentative d'homicide ou de suicide par suspension, tentative qui, heureusement, n'avait pas abouti et avait avorté par une cause quelconque. Le caractère superficiel du sillon témoignait du peu de durée de la suspension qui, d'ailleurs, n'aurait pu durer sans amener promptement la mort, et sa régularité, ainsi que l'absence de toute érosion à la peau, prouvait suffisamment que l'instrument dont on s'était servi était un corps long, arrondi, flexible et ne présentant aucune aspérité, très probablement une corde tant soit peu lisse, ayant tout au plus un centimètre et demi de diamètre. Y avait-il faute d'un tiers ? La chose était douteuse et l'enquête seule pouvait éclaircir ce point obscur, en l'absence de tout signe d'agression.

Voici maintenant le résultat d'une enquête préliminaire, résumant les déclarations des personnes qui se trouvaient là dans la maison qui venait d'être le théâtre d'une si tragique aventure.

Le sujet de l'expertise était, comme nous l'avons dit, une Circassienne qui, très jeune encore, avait été achetée par une dame musulmane et qui, plus tard, rendue libre, avait été adoptée par la même dame devenue veuve. Elle venait d'être mariée avec un compatriote un peu plus âgé qu'elle et le nouveau ménage avait été installé dans la maison de ladite dame où il occupait une chambre du premier étage. C'est dans la nuit qui avait suivi la nuit des noces, que l'aventure en question était arrivée. Remarquons ici que la nuit de noces s'était passée sans incidents.

Il était neuf heures du soir, lorsque toute la famille s'étant retirée chacun dans sa chambre, une vive discussion s'engagea entre les nouveaux mariés. Le mari reprochait à sa femme de l'avoir trompé, de s'être donnée à lui comme vierge, alors qu'elle était défiorée ; après bien des reproches, bien des injures, il finissait par déclarer qu'il allait sortir dans la rue, faire du tapage, ameuter autour de lui tous les voisins, raconter le tour infâme qu'on venait de lui jouer et, après l'avoir déshonorée publiquement, la répudier.

Sa femme qui, pendant toute cette scène ne cessait de pleurer et supplier son mari d'avoir pitié d'elle et de lui pardonner, voyant que ses pleurs et ses prières ne lui servaient de rien, se lève enfin et quitte la chambre en disant que plutôt que de subir une pareille infamie, elle préférait mourir. Le mari n'attacha d'abord aucune importance à ce qu'il croyait être une fausse sortie, mais cinq minutes passées, voyant que sa femme ne revenait pas, il fut pris d'une certaine inquiétude, il sortit, un bougeoir à la main, pour aller à sa recherche. Au salon sis au premier étage, il ne trouve personne, visite la cuisine, les lieux d'aisance, la chambre sise au dessous de l'entresol où dort l'unique domestique de la maison, mais en vain, la fugitive a disparu sans laisser aucune trace de son passage. Très inquiet, il va au puits. La corde, attachée à un treuil, pendait tout entière dans le puits. Se penchant sur la margelle et tendant l'oreille, le nouveau marié entend un léger clapotement qui cesse bientôt, il appelle sa femme par son nom, pas de réponse. Il essaie de tourner le treuil afin de tirer la corde, mais il se sent arrêter dans son mouvement par un poids qui lui semble considérable et qui, suspendu au

bout de la corde, la tend énergiquement. Après plusieurs essais infructueux, désespérant de soulever à lui tout seul un pareil poids, il va réveiller le domestique qui dormait dans la chambre sise au dessous de l'entresol et, sans lui dire de quoi il s'agissait, l'engage à l'assister dans son œuvre. A deux, ils se mettent à tirer la corde et, avec beaucoup d'efforts, arrivent enfin à sortir du puits un corps de femme qu'ils déposent évanouie sur le sol : c'est la nouvelle mariée. Tout ce remue-ménage, ainsi que les cris de surprise et d'effroi poussés par les deux sauveteurs parviennent enfin à réveiller les dames qui dormaient au second ; tout ce monde descend au rez-de-chaussée ; on s'empresse autour de la femme évanouie, on coupe la corde passée autour du cou, on l'enlève, on la transporte dans la chambre de l'entresol, on lui donne tous les soins qui sont à la portée des gens étrangers à la médecine et l'on parvient enfin à la faire revenir de son évanouissement; on lui change son linge qui était tout trempé, un médecin habitant le quartier, requis par la famille, arrive bientôt et donne à la malheureuse les premiers soins nécessités par son état.

La police, avertie par les voisins, accourt sur les lieux et commence une première enquête dont nous venons de donner le résultat, tel qu'il ressort des déclarations du Circassien, du domestique, et des autres membres de la famille, la mariée exceptée qui ne pouvait parler.

Les linges qu'on venait de changer ayant été examinés furent trouvés tout mouillés et salis par de la terre trempée.

La corde du puits, examinée pareillement, fut trouvée être une corde ordinaire très lisse, ayant un diamètre d'un centimètre et demi. Le bout inférieur était détaché du seau resté dans le puits, le bout retourné en haut avait été solidement noué à cette même corde à une hauteur de cinquante centimètres, en partant bien entendu de ce bout même et formait ainsi un anneau où avait passé la tête de la jeune femme qu'on prétendait avoir sauvée.

Le puits avait une profondeur de sept mètres tout au plus ; il était étroit mais toutefois assez large pour qu'un corps d'adulte, tombant perpendiculairement, pût atteindre le fond, à la rigueur, sans se blesser; il contenait environ un mètre d'eau.

Malgré le témoignage de la maison, malgré ces linges mouillés et salis et cette corde détachée du seau et formant à son extrémité inférieure, l'anneau décrit plus haut, le doute en lui-même était permis. Comment croire que cette femme, qu'on prétendait avoir été retirée du puits, avait-elle été sauvée par les moyens les plus propres à produire une asphyxie par suspension, surtout si, comme dans le cas actuel, le sujet, remarquablement robuste, constitue une masse fort pesante, et que le puits est relativement profond?

D'ailleurs, le montage de cette masse pesante n'avait pu être effectué qu'assez lentement et par saccades. Aussi l'expert déclara-t-il que ces témoignages ne suffisaient pas pour établir la véracité du fait et que la déposition de la Circassienne était absolument nécessaire pour conclure dans un sens ou dans l'autre. Il fallut donc attendre que celle-ci recouvrant l'usage de la parole, pût témoigner. On n'attendit pas longtemps ; le troisième jour à dater de l'accident, elle fut en état de parler; sa déposition, que nous résumons plus bas, confirma les témoignages des gens de la maison. Voici ce qui s'était passé.

Outrée des reproches et des injures dont son mari venait de l'accabler, terrifiée par les menaces de l'époux outragé qui paraissait décidé à la répudier après avoir rendu sa honte publique, la jeune femme avait quitté la chambre nuptiale avec le dessein bien arrêté de se tuer en se jetant dans le puits. A cet effet, elle était descendue précipitamment au rez-de-chaussée, avait couru droit au puits et, sans se donner le temps de la réflexion, avait saisi d'une main, presque sans conscience de ce qu'elle faisait, la corde à demi déroulée qui y pendait et s'y était jetée à corps perdu. Arrivée au fond, elle fut surprise de s'y retrouver vivante et sans aucune blessure. Elle voulut s'y noyer et voilà qu'il n'y avait pas assez d'eau pour que la chose fût possible. Que faire alors? Ce fut à ce moment qu'elle eut l'idée de se pendre à l'aide de la corde du puits. Dans ce but, ayant détaché le seau, elle se servit de la corde pour s'élever quelque peu dans le puits, puis elle parvint, après avoir fouillé les parois avec ses pieds, à trouver quelques anfractuosités qui lui permirent de se maintenir ainsi à quelque distance du fond. Dans cette position, avec le bout de la corde relevé et rattaché à cette même corde, ainsi que nous l'avons décrit plus haut,

elle fit un nœud où elle passa sa tête puis ramenant à elle ses pieds engagés dans les dites anfractuosités, elle se laissa suspendre de façon que plus de la moitié du corps plongeait dans l'eau. Au moment où la constriction brusque du cou eut lieu, une syncope survint qui la sauva. Lorsqu'elle revint à elle, elle se vit dans la chambre de l'entresol, n'ayant aucune conscience de ce qui venait de lui arriver depuis son évanouissement.

Dans cette observation, on remarquera que c'est plutôt du suicide par suspension qu'il s'agit. Nous la publions ici, parce que nous croyons que la suspension a suivi la strangulation, et les signes observés peuvent appartenir aussi bien à la strangulation incomplète qu'à la suspension ratée.

C. Accident. — La strangulation peut arriver quelquefois accidentellement ; elle est involontaire, mais ce fait, quoique observé, est très rare.

Les circonstances dans lesquelles la strangulation se produit, sont tout à fait exceptionnelles et elles ont en certains cas, quelque analogie avec le suicide par étranglement.

Voici quelques faits qui montrent de quelle façon l'accident est arrivé :

Un individu se couche le soir avec un mouchoir, ou avec une cravate, modérément serrée autour du cou ; au milieu de la nuit, par l'action de la chaleur, le cou, comme les autres parties du corps, se dilate et, par suite le mouchoir ou la cravate qui, au début, n'était pas serré, commence à exercer une compression plus ou moins considérable et, le matin on

trouve cet individu mort dans son lit à la suite d'une congestion cérébrale et de l'asphyxie.

Un autre individu porte un poids assez considérable à l'aide d'une corde entourée autour de son cou ; le poids glisse en arrière et la corde comprine le cou ; si le sujet ne parvient pas à se dégager de cette situation, il meurt dé strangulation accidentelle.

On cite le cas d'une jeune fille portant un panier de poisson, à l'aide d'une courroie passé autour du cou. Quand on découvrit l'accident, elle était assise sur un mur très bas ; le panier avait glissé derrière le mur et, par l'intermédiaire de la courroie qui faisait le tour du cou, avait pesé de tout son poids sur le cou de la jeune fille et avait produit la strangulation.

Dans une expertise d'un cas semblable, il faut bien examiner les circonstances du fait pour montrer que la mort n'est le résultat ni de la strangulation par homicide, ni du suicide mais bien celui de l'étranglement accidentel.

OBSERVATION XV

Étranglée par son frère

Le 26 novembre 1887, les deux enfants du capitaine d'artillerie W..., G... et Y..., âgés l'un de 4 ans et l'autre de 2 ans, jouaient dans l'appartement que leurs parents occupaient, boulevard Péreire (Paris), G..., proposa à sa sœur de s'amuser à la diligence. « Tu vas faire le cheval », lui dit-il.

Il alla à la cuisine, y prit, pour lui servir de rênes, une corde dont une des extrémités se terminait en nœud coulant. Il passa

ce nœud autour du cou du bébé et les voilà tous les deux courant autour de la chambre à coucher. Tous à coup, la fillette tomba, son frère voulant la relever tira fortement la corde à lui et le nœud se resserrant étrangla le malheureux bébé. « Mais lève-toi donc, mauvais cheval », criait G... en tirant toujours sur la corde.

A ce moment, entrait Mme W... qui gourmanda sa fille de se traîner sur le parquet; mais au premier regard qu'elle jeta sur la pauvre enfant, elle poussa un cri terrible.

Elle prit Y... dans ses bras, cherchant à la rappeler à la vie, en lui insufflant de l'air dans les poumons. Malheureusement tous les soins furent inutiles, la mort avait fait son œuvre.

OBSERVATION XVI

(Résumé)

Strangulation involontaire

Le 26 juillet 1885, un nommé Saillard, brigadier, a été trouvé mort dans sa chambre, il était tout habillé ; en tenue du matin.

Les médecins arrivés, après avoir constaté la mort, commencent à interroger les entourages; voilà ce qu'on apprend. Cet homme était un buveur et avait l'habitude de se coucher tout habillé sur le lit, c'est ce qu'il a fait aussi cette fois-ci. Pendant la nuit, on avait remarqué son état, mais on n'y avait pas fait attention. Il était couché sur le dos, en travers, la tête en arrière pendante à gauche, les jambes fléchies et pendantes à droite. Il avait vomi des matières liquides et épaisses en petite quantité, pas d'aliments.

On déboutonne la veste et la chemise.

La face congestionnée, les lèvres cyanosées ainsi que la région auriculaire ; les yeux fermés. Au cou, on remarque un sillon assez profond, passant au-dessous du cartilage thyroïde, provenant du col d'uniforme et du collet de la veste ; on ne remarque aucune trace de violence extérieure sur le corps.

L'autopsie. — Les poumons violacés, engorgés, crépitent, sous

la pression des doigts on fait soudre une spume sanguinolente assez abondante.

La partie du larynx, qui est au-dessus du sillon, est congestionnée ; la muqueuse est épaissie ; pas d'œdème.

Le cœur est volumineux, les ventricules renferment des caillots fibrineux à quantité égale.

L'estomac présente une arborisation très prononcée et contient environ 100 grammes d'un liquide trouble, qui rappelle l'odeur de l'alcool.

Les autres viscères, ainsi que le cerveau, sont plus ou moins congestionnés.

On conclue à une mort par asphyxie à la suite de l'étranglement involontaire et facilitée par l'état d'ivresse.

(*Recueil de médecine militaire*, 3e série 1866, p, 482.)

D. Simulation. — La strangulation est simulée dans certains cas par des individus qui croient avoir quelque intérêt à se faire passer pour victime de violence, ou bien dans un but de vengeance.

Ils ne ménagent pas leurs plaintes et exagèrent les violences subies qui contrastent avec la faiblesse des traces locales et avec l'absence des accidents généraux.

L'absence des signes particuliers de la strangulation incomplète, qui consistent en une augmentation du volume du cou pendant plusieurs jours, une gêne excessive de la déglutition avec altération très marquée de la voix, ecchymoses et extravasation sanguine, mettra un expert habile en garde contre la fraude.

De même, le lien qui a servi à l'étranglement est disposé de telle façon que la prétendue victime ait pu se l'appliquer elle-même. Elle accuse des dou-

leurs et de la gêne dans la déglutition et la respiration qui montrent un désaccord complet avec les violences et le peu de gravité des désordres locaux.

L'aphonie, ou même le mutisme complet qui sont souvent imités par ces individus, contraste également avec l'insignifiance des lésions. Le mutisme, qui est un phénomène volontaire, cesse subitement comme il est venu, sans passer par les phases successives qu'on voit régulièrement dans la guérison d'une aphonie. Du reste, le mutisme complet n'a pas été remarqué jusqu'à maintenant par les auteurs à la suite d'une tentative de strangulation ; l'individu échappé à cette tentative peut faire quelques efforts d'articulation.

Dans certains cas, la simulation est accompagnée d'autres lésions, sans gavité bien entendu ; on peut constater, avec un peu d'attention que ces blessures ne sont pas faites par une main étrangère.

Le simulateur de cette tentative s'attache quelque fois lui-même les jambes et les mains en faisant des nœuds multiples, tandis que le lien serré autour du cou ne présente que des tours simples, sans être arrêté par un nœud.

L'affaire Armand en est un exemple. La position dans laquelle se trouvait Maurice Roux, le simulateur, la disposition des liens et l'absence incontestable d'autres signes de violence, mirent en évidence la supercherie de cet individu.

Jamais on ne peut se tromper en présence d'une tentative de supercherie semblable en cherchant

bien les signes de la strangulation incomplète que nous avons décrits plus haut.

OBSERVATION XVII

(Résumé.)

AFFAIRE ARMAND. — SIMULATION DE TENTATIVE D'HOMICIDE PAR STRANGULATION ET COMMOTION CÉRÉBRALE.

Le 7 juillet 1863, vers huit heures du soir, un homme dans la force de l'âge, domestique au service de M. Armand, à Montpellier, le sieur Maurice Roux, est trouvé dans une cave de la maison, étendu sur le sol, les pieds et les mains liés, étranglé presque sans vie. Des soins et un traitement énergique ne tardent pas à le ranimer. En moins de trois heures, les médecins constatent qu'il est complètement revenu à lui. Il ne lui reste, sauf les brûlures profondes qu'on lui a faites au bras et aux mollets pour le rappeler à la vie, qu'un brisement général et un mutisme absolu.

C'est donc seulement par des signes que, dès le lendemain matin, il fait comprendre comment il se fait qu'on l'ait trouvé ainsi que nous venons de le rappeler.

Il aurait été surpris par son maître dans la cave où il chargeait du bois, et M. Armand, en l'apostrophant, lui aurait asséné un coup derrière la tête et l'aurait ensuite étranglé et chargé de liens. Cette scène de violence, d'après la déclaration du sieur Maurice Roux, se serait passée à huit heures et demie environ du matin, ce qui porte à plus de onze heures l'espace de temps durant lequel il serait resté gisant sur le sol de la cave où il a été trouvé, à sept heures et demie du soir, par la servante qui descendait chercher le vin du repas.

Le sieur Maurice Roux est transporté à l'hôpital Saint-Eloi, pour y être soigné de ses brûlures qui, paraît-il, se sont compliquées d'accidents inflamatoires assez graves pour avoir mis sa vie en danger. Quant aux suites des violences, elles ne paraissent pas s'être prolongées et, dès la matinée du second jour, le sieur Maurice Roux avait recouvré l'usage de la parole

et confirmait, dans un long interrogatoire, le récit qu'il avait fait d'abord par gestes.

On conclut, par les premières constatations, que le sieur Maurice Roux, était étendu diagonalement à gauche de la porte de la cave, sur un sol rempli de petits fragments de charbon, couché sur le côté gauche, la face tournée vers le sol, les jambes enveloppées dans un mouchoir. Les avant-bras et les bras étaient froids; la face et la tête présentaient la chaleur naturelle, la respiration était stertoreuse, le pouls à peine appréciable, la paupière et l'œil presque insensibles. Un moment après, la respiration était presque normale, le pouls faible, régulier, très lent, les battements du cœur très lents, quoique réguliers, la chemise souillée par devant de taches encore un peu humides de mucus ou de salive mêlée à de la sérosité légèrement sanguinolente.

Tous ces signes démontrent que, au moment où il a été trouvé, il était dans un état d'asphyxie imminente; mais cette asphyxie était incomplète et, en pratiquant la respiration artificielle, on a pu signaler le retour graduel de la respiration, de la circulation et de la sensibilité.

Voici la disposition des liens autour du cou, des mains et des pieds : une petite corde serrait fortement le cou, elle ne présentait pas de nœuds et faisait au moins quatre fois le tour du cou. La corde avait 5 millimètres de diamètre environ. La région cervicale présentait, dans son pourtour, de nombreuses sigillations se rattachant à deux traces principales rapprochées en arrière, largement espacées en avant, toutefois ne dépassant pas en haut le cartilage thyroïde. Ces traces étaient toutes fraîches, sans ecchymoses et, quoique peu profondes, leur aspect suffisait pour les expliquer.

Ces caractères, si positifs, si nettement établis, témoignent tous bien plutôt en faveur d'un acte accompli par Maurice Roux sur lui-même que d'une violence homicide, œuvre d'une main étrangère.

Les ligatures des pieds ne présentent aucune difficulté ; les ambes étaient attachées à la hauteur de la cheville par un mouchoir blanc appartenant à l'inculpé Armand. On n'a rien à dire sur ce fait, car les pieds peuvent manifestement être liés par n'importe qui, ni comment.

Les mains étaient attachées derrière le dos, l'une à l'autre, par une corde de 6 millimètres de diamètre. La main droite était retenue par dix tours et chaque tour par un nœud. La corde qui enroulait ce poignet était très serrée. L'autre main était retenue par une corde qui faisait trois fois le tour du poignet et par un seul nœud. Une seule corde reliait les deux mains ; la longueur de cette corde était celle d'un doigt.

Toutes ces ligatures du cou, des pieds et des mains n'impliquent, en aucune façon, l'intervention d'une main étrangère.

On a pu constater à la nuque, au milieu et tout près de l'insertion supérieure du muscle trapèze droit, une petite excoriation placée en long sur la saillie de ce muscle, de couleur brune, de 2 centimètres de longueur et de 1 centimètre dans sa plus grande largeur.

Roux répondait à toutes les questions par des gestes et des signes ; il avait perdu la parole, c'était un mutisme absolu, même en faisant des efforts il ne pouvait prononcer aucune parole, ni pousser un cri. Un peu de douleur au cou, le larynx est intact, la déglutition est gênée.

Le mutisme a cessé, 24 heures après, comme il était venu, sans qu'on ait rien fait pour cela.

Strangulation incomplète. — Quand la strangulation n'amène pas la mort immédiatement ou dans un délai très court, l'expert est appelé à constater la nature des violences, leur gravité, et les conséquences qu'elles pourront avoir.

La strangulation, surtout quand elle a été opérée à l'aide d'un lien mou, tel qu'un mouchoir, une cravate, etc., peut ne laisser, comme nous l'avons dit plus haut, aucune trace extérieure. Mais, le plus souvent, on trouve, à la place qu'occupait le lien, un sillon excorié et rougeâtre qui, naturellement, n'est jamais parcheminé. Les ecchymoses ponctuées de

la face, les suffusions sanguines des conjonctives se retrouvent sur les individus qui ont survécu.

Les symptômes que l'on observe presque constamment sont la douleur dans les mouvements du cou, la gêne et la difficulté de la déglutition et de la respiration, l'altération du timbre de la voix. Ces troubles sont naturellement beaucoup plus marqués et plus persistants quand il y a eu fracture de l'os hyoïde ou du larynx.

Il se produit quelquefois des troubles cérébraux graves. On a observé, dans certains cas, une perte de connaissance prolongée pendant plus d'un jour, une diminution ou une abolition de la mémoire en ce qui concerne les faits accomplis pendant l'acte de la strangulation et la période qui l'a précédée.

Quand il n'y a pas de lésions graves du cou, la guérison survient en général assez rapidement.

E. La strangulation chez les nouveau-nés. — L'infanticide par strangulation à l'aide d'un lien, quoique observé, est assez rare en comparaison des infanticides par autres moyens.

Plus souvent, c'est avec les mains que la strangulation est effectuée. Nous ne parlerons pas ici des signes de l'infanticide par étranglement vu que nous en avons parlé précédemment, d'ailleurs ces signes ne diffèrent pas beaucoup de ceux que la strangulation produit chez les adultes.

En présence du cadavre d'un enfant étranglé, après l'examen des parties extérieures, la première

chose à rechercher, c'est de savoir si l'enfant a vécu d'une vie réelle.

L'examen de l'appareil respiratoire fournit la plus importante preuve. Les recherches méthodiques employées continuellement consistent dans l'examen physique des poumons et la docimasie hydrostatique.

La présence de mucosités sanglantes dans l'estomac est aussi une preuve de la vie du nouveau-né au moment de l'acte.

Les ecchymoses sous-pleurales qu'on peut rencontrer chez un enfant qui n'a pas respiré ne peuvent pas être, à elles seules, un des signes de la vie de l'enfant.

Dans certains cas la mère prétend que l'enfant a été étranglé par le cordon. Mais ce procédé de défense est facile à réduire à néant car l'enroulement accidentel du cordon autour du cou de l'enfant, auquel les accoucheurs donnent le nom de « circulaire du cordon », a des caractères tout à fait distincts.

Dans ce cas la face est pâle, les organes sont anémiés, l'enfant a succombé à l'arrêt de la circulation et par conséquent, les signes cadavériques sont inverses de ceux de la strangulation (A. Lacassagne. — *Précis de Médecine judiciaire*).

Il est utile de dire quelques mots de la putréfaction chez les étranglés; elle a une marche plus rapide; elle commence par la région supérieure du corps avec le développement rapide des gaz. Elle modifie les signes de la strangulation et, quelquefois, elle peut produire des altérations que l'on serait tenté

de rattacher à ce genre de mort. Nous n'insisterons pas beaucoup sur ce fait, et nous terminerons ainsi le chapitre par quelques observations appartenant à l'infanticide par strangulation.

OBSERVATION XVIII

Infanticide par strangulation

(Tardieu.)

Le 10 mai 1853, j'ai fait, à la Morgue, l'autopsie, de l'enfant de la fille Carré, accouchée le 2 mai à l'hôpital Saint-Louis.

Cette enfant, du sexe féminin, vigoureuse, née à terme depui sept jours, présente une cicatrice ombilicale parfaitement et complètement formée. Un sillon, large d'un doigt et demi, et très profond, tourne transversalement autour du cou. Les bords sont violets ; la partie inférieure de la face est très violacée. Il n'y a pas d'ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-jacent. Le larynx et les bronches contiennent une écume rosée, très fine et très abondante. Les poumons sont gorgés de sang ; des ecchymoses larges et nombreuses sont disséminées à leur surface ; les cavités droites sont pleines de sang fluide. L'estomac est rempli de lait récemment ingéré.

Cette enfant née à terme, bien conformée, a vécu huit jours ; sa mort est le résultat de la strangulation opérée à l'aide d'un lien fortement serré autour du cou.

OBSERVATION XIX

(Communiquée par M. le professeur Lacassagne.)

Autopsie d'un enfant nouveau-né, trouvé le 9 août 1887, sur les bord de la Saône.

Le corps est enfermé dans une caisse de bois blanc ; c'est celui d'un enfant du sexe masculin.

Son poids est de 2k. 800 gr.

Sa longueur est de 0 m. 51 centimètres.

La putréfaction est générale, la peau est vert bronzé, et l'épi-

derme se détache. La tête est volumineuse, les yeux sortent de l'orbite ; les os du crâne sont très mobiles par suite de la liquéfaction du cerveau. Il existe un fragment du cordon ombilical qui mesure 9 centimètres et demi, sans trace de ligature, on dirait qu'il a été mal sectionné. Les testicules sont descendus dans les bourses.

Autour du cou se trouve un linge très fortement serré ; c'est un essuie-main ou linge de cuisine. Certains endroits sont roussis. Il exhale une odeur de vieille graisse très manifeste.

Le cœur est vide, les poumons sont très putréfiés, aucun corps étranger ; les fragments du tissu pulmonaire, pressés, surnagent ; pas de taches de Tardieu La muqueuse du larynx est rouge sombre. Elle se détache nettement des tissus voisins. Les muscles du cou sont infiltrés au niveau du sillon formé par le lien.

L'estomac, ouvert avec les précautions d'usage, ne contient qu'un peu de liquide rougeâtre. — Le foie est putréfié. — La vessie renferme un peu d'urine. Le méconium est à la partie inférieure de l'intestin.

Le cerveau est en bouillie; on ne constate sur les autres parties du corps aucune trace de violence.

Conclusion. — L'enfant nouveau-né que nous venons d'autopsier est à terme, bien conformé et du sexe masculin.

La putréfaction avancée rend les constatations difficiles. Le lien qui serre le cou et l'état des organes rendent très probable la mort par strangulation. Cet enfant a respiré, il n'a pas reçu de soins. La mort a dû survenir peu de temps après la naissance qui remonte à 48 ou 36 heures.

OBSERVATION XX.

INFANTICIDE PAR STRANGULATION. — ENFANT RETIRÉ DES FOSSES D'AISANCES

(H. Coutagne)

Autopsie de l'enfant de la fille B..., retiré des fosses d'aisances et enveloppé dans une serviette et un tablier (28 mai 1890).

Poids	2 k. 900
Taille	0 m. 49
Longueur du cordon	0 m. 48
Poids du placenta	0 k. 375

Examen extérieur.— Le corps présente une putréfaction assez avancée et exhale une odeur fortement amoniacale. Les cheveux sont blonds la face est violacée. Les conjonctives sont congestionnées et les cornées troubles.

La bouche est entr'ouverte, la langue ne fait pas saillie au dehors.

Le cordon est adhérent au placenta.

Les organes génitaux sont bien développés.

Les ongles dépassent les bords des doigts.

Cou. — Le lien qui est fait d'une bande de tablier et d'un cordon ayant l'un et l'autre une longueur de 54 centimètres est enroulé plusieurs fois autour du cou et présente à la partie antérieure une sorte de nœud de cravate ; il est si fortement serré qu'il est impossible d'introduire même un corps mince entre lui et la peau.

Le tour du cou mesure 16 centimètres, avec deux bourrelets au niveau desquels la peau est rosée.

Le thorax et l'abdomen ne présentent rien de particulier.

Ouverture du cadavre.— L'estomac contient un peu de mucus; le foie est gros, rouge et congestionné; le gros intestin renferme du méconium.

Les poumons sont bien conservés et ont une coloration rosée ; ils ne présentent pas de taches de Tardieu ; ils surnagent en masse, les fragments surnagent également. A la coupe ils laissent voir un sang noir et asphyxique.

La trachée et les bronches contiennent un peu d'écume.

Le cœur a un peu de sang liquide ; l'ossification de Béclard existe ; il en est de même des autres points du sternum, du maxillaire inférieur, les cloisons alvéolaires sont complètes.

Conclusions. — 1° L'enfant de la fille B... était né à terme et bien conformé ;

2° La respiration s'est effectuée complètement ;

3° La mort est le résultat de la strangulation opérée à l'aide d'un lien serré autour du cou.

OBSERVATION XXI

INFANTICIDE PAR STRANGULATION

(COUTAGNE)

Fœtus du sexe féminin trouvé par M. V.., à son retour de voyage, dans la chambre de sa bonne, B. F.., le 18 juillet 1887.

Le fœtus est contenu dans un baquet en terre jaune haut de 17 centimètres, ayant un diamètre de 37 centimètres.

Poids.....	2 k. 400
Longueur.....	0 m. 51
Cordon.....	0 m. 13

Examen extérieur. — Ce cadavre est le siège d'une putréfaction très avancée, caractérisée par un soulèvement général de l'épiderme, du gonflement des tissus sous-jacents et une teinte verdâtre des téguments, teinte plus marquée au niveau de la région abdominale.

Autour du cou un essuie-main qui fait deux tours complets et très serrés et dont les deux chefs sont libres autour du cadavre.

Tête. — Très remarquable par son aplatissement transversal portant au niveau de la région occipito-pariétale.

Le diamètre occipito-frontal mesure 12 c. 1/2
— biparietal — 8 c. 1/2

Le crâne est couvert de cheveux dont quelques-uns ont plus de 2 centimètres de longueur.

La face est bouffie, les yeux font saillie à travers les paupières. Le nez est aplati; la bouche est entr'ouverte. la langue fait fortement saillie au dehors.

Le cou, débarrassé du lien strangulatoire, présente au-dessous de l'épiderme qui se détache en grande partie spontanément, un piqueté très discret avec certaines empreintes paraissant provenir du linge. Gonflement considérable des téguments de la poitrine et de l'abdomen.

Le cordon n'a pas de ligature. Son extrémité paraît avoir été

coupée avec un mauvais instrument plutôt qu'arrachée, sa surface de section est relativement transversale.

A la région cervicale postérieure nous notons une empreinte très nette de 1 c. 1/2 de diamètre à la partie moyenne du cou, tranchant par sa coloration blanche avec la coloration verdâtre avoisinante.

Les ongles ont disparu avec l'épiderme, leur matrice paraît bien formée.

Examen interne. — 1° Tête. — Après l'ablation du cuir chevelu nous notons un épanchement sanguin occupant toute la moitié gauche du frontal et s'avançant, sur la moitié droite du même os, d'environ 2 centimètres au-delà de la ligne médiane.

Les os sous-jacents sont intacts, on les détache avec une très grande facilité.

Le cerveau est réduit en une bouillie fétide absolument informe.

La cavité buccale et le pharynx ne contiennent pas de corps étranger.

A la dissection du cou on ne constate aucune trace de violence, ni sur les os, ni sur le conduit laryngé.

A l'ouverture de la poitrine et de l'abdomen, tous les organes sans exception, sont distendus par un emphysème putride extrêmement intense; tous les organes de la cavité thoracique mis dans l'eau surnagent.

L'estomac et l'intestin grêle sont vides tandis que le gros intestin est distendu par du méconium.

Les poumons qui, avons-nous dit, sont distendus par l'emphysème, ont une teinte presque uniformément pâle. Chaque poumon est coupé en une série de morceaux, dont la docimasie est pratiquée après écrasement entre les doigts ; malgré cette manœuvre tous les fragments continuent à surnager.

A la coupe, on trouve un tissu dont la coloration rappelle, d'ailleurs, absolument celle du poumon qui a respiré.

Système osseux. — Cloisonnement alvéolaire complet du maxilaire. Le sternum présente quatre points d'ossification. Le point d'ossification de Béclard est très marqué et mesure 4 millimètres de diamètre.

Conclusions. — 1° L'enfant dont on a fait l'autopsie est né à terme et viable.

2° Il a respiré complètement et a survécu quelques instants à sa naissance.

3° Il a succombé à une strangulation criminelle opérée par la constriction du cou, à l'aide du linge que nous avons trouvé.

4° La mort, eu égard aux conditions atmosphérique et à la chaleur de ces derniers jours, doit être reportée, ainsi d'ailleurs que nos renseignements nous l'apprennent, à la nuit du 17 au 18.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié d'une façon aussi complète que possible et d'après les renseignements donnés par les auteurs, la strangulation opérée à l'aide d'un lien. Voici nos conclusions :

1° La strangulation à l'aide d'un lien était autrefois confondue avec la pendaison, tandis qu'aujourd'hui, grâce à Tardieu, elle constitue à elle seule un genre de mort violente. La définition que Tardieu a donnée de la strangulation, et qui est adoptée par les auteurs contemporains, est bien exacte et la distingue de la pendaison. Il la définit ainsi :

« La strangulation est un acte de violence qui consiste en une constriction exercée directement soit autour, soit au devant du cou, et ayant pour effet, en s'opposant au passage de l'air, d'arrêter brusquement la respiration et la vie» .

2° Le mécanisme de la mort par strangulation à l'aide d'un lien est divers. En effet, la mort peut

survenir par l'asphyxie, à la suite de l'arrêt brusque de la respiration par un simple obstacle au passage de l'air, ou bien par suite des désordres des organes du cou. La congestion cérébrale et l'anémie peuvent amener également la mort comme la compression de la moëlle et du bulbe. Du côté du cœur on a prétendu aussi que la mort peut arriver par une rupture du cœur, surtout s'il est atteint d'une altération pathologique. Ces différents mécanismes, asphyxie, apoplexie et syncope, peuvent amener la mort en agissant, soit ensemble, soit séparément, toutefois c'est l'asphyxie qui domine généralement.

3° Les signes caractéristiques de ce genre de mort sont bien déterminés et bien démontrés.

A) Face colorée ou violacée, quelquefois pâle, présentant des piquetés scarlatins. Les yeux sont ouverts ou entr'ouverts ; ecchymoses ponctuées sous la conjonctive, dilatation de la pupille ; teinte cyanosée des lèvres, sigillations, écoulements d'une écume blanchâtre, ou sanguinolents, par les narines et la bouche ; gonflement de la langue avec projection en avant ; hémorrhagie par les oreilles, avec ou sans rupture du tympan : teinte violacée des oreilles avec piquetés scarlatins, tels sont les signes d'une importance assez caractéristique, qu'on rencontre souvent du côté de la face dont l'aspect offre l'expression d'une mort violente.

B) Au cou, sillon strangulatoire avec empreinte parcheminée ; les bords sont livides ou rouges ; bourrelet œdémateux. Le sillon peut être transversal

ou oblique. Comme lésions profondes, extravasations sanguines dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans l'épaisseur des muscles, assez souvent déchirure de ceux-ci. Du côté des vaisseaux, injection des tuniques et de la gaîne avec lésion d'Amussat ; fracture de l'os hyoïde, de l'apophyse styloïde, surtout chez les femmes, du cartilage du larynx, quelquefois aussi de la colonne vertébrale. Toutes ces lésions ont une importance considérable.

C) Les lésions qu'on constate à l'autopsie sur les viscères sont les suivantes : écume dans les bronches, congestion pulmonaire avec ecchymoses sous-pleurales, noyaux apoplectiques et emphysème. L'estomac présente des piquetés scarlatins ; le foie et le cerveau sont congestionnés ou anémiés

Quelques-uns de ces signes persistent pendant longtemps après la mort, tels sont le sillon strangulatoire, comme lésions externes et, comme lésions internes, nous avons la déchirure de la tunique interne de la carotide ; ruptures musculaires, et distorsions des os du cou.

4° La strangulation peut être le résultat d'homicide, de suicide ou d'accident ; la simulation peut se rencontrer assez souvent. L'infanticide par strangulation, quoique observé, est assez rare ; l'enroulement du cordon a des caractères assez spéciaux pour qu'on puisse le distinguer de l'infanticide par un morceau du cordon, après la délivrance.

La strangulation incomplète ou ratée présente des symptômes caractéristiques ; voici les plus impor-

tants : aphonie, gêne de la déglutition et de la respiration par suite de désordres produits du côté des organes du cou.

Dans une expertise médico-légale, il faut bien chercher les signes et les symptômes appartenant à chacun de ces phénomènes pour faire un diagnostic différentiel et pour pouvoir répondre aux questions posées par les magistrats.

Pour le Doyen :
L'Assesseur,
R. LÉPINE.

Le Président de Thèse,
A. LACASSAGNE.

PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 23 Janvier 1896.
Le Recteur,
COMPAYRÉ.

Imp. A. STORCK, rue de l'Hôtel-de-Ville, 78, Lyon.